SAVIEZ-VOUS QUE ...

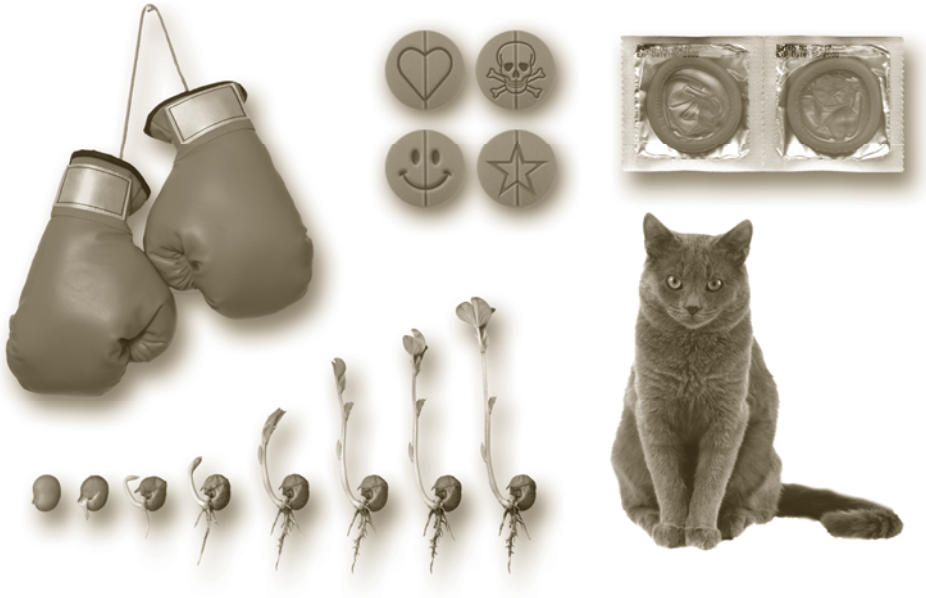
DES RÉPONSES À VOS PRÉOCCUPATIONS CLINIQUES

DÉCEMBRE 2008

ÉTUDIANTS / ÉQUIPE D'ANIMATION SCIENTIFIQUE

Patrick Arial Isabelle Fournier Carole-Anne Mercier Jasmine R. Perreault Émile Piché

Centre jeunesse de Québec
Institut universitaire



SAVIEZ-VOUS QUE...

DES RÉPONSES À VOS PRÉOCCUPATIONS CLINIQUES

AVANT-PROPOS

La rédaction d'un texte vulgarisé et synthétisé selon des standards d'écriture scientifique représente un travail rigoureux. Cette année, cinq étudiants ont conjugué leurs efforts afin de livrer aux intervenants des centres jeunesse des articles visant à les épauler dans leur pratique sociale quotidienne.

Rappelons que la formule ***Saviez-vous que…*** ne pourrait avoir la même portée sans l'inestimable contribution des intervenants qui, à l'origine, acceptent de nous rencontrer et de partager leurs préoccupations cliniques. Nous tenons à remercier particulièrement l'unité Azimut (Gouvernail), l'unité Odyssée (Escale) ainsi que le foyer Du Parc qui ont généreusement participé à l'identification des thématiques abordées dans le présent ouvrage. Nous espérons que ces zones de collaboration recherche-pratique seront porteuses de nombreux autres projets tout aussi stimulants.

Émilie Dionne

Émilie Dionne
Professionnelle de recherche - Équipe d'animation scientifique
Centre jeunesse de Québec - Institut universitaire

Responsable du projet : Émilie DIONNE

Révision linguistique : Annie VAILLANCOURT

Mise en page et graphisme : Étienne DIONNE

Impression : Impressions de Beauce inc.

Notes : Dans le présent texte, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Le contenu de ce document est placé sous la responsabilité de l'auteur et il n'engage pas le Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.

Tous droits réservés. La traduction et la reproduction totale ou partielle de ce document sont autorisées à la condition que la source soit mentionnée :

Production : Centre jeunesse de Québec
Institut universitaire
2915, avenue du Bourg–Royal
QUÉBEC (Québec)
G1C 3S2

Téléphone : (418) 661–6951
Télécopieur : (418) 661–5079

Site Internet : www.centrejeunessedequebec.qc.ca/institut/index

Diffusion : Le nombre d'exemplaires étant limité, après épuisement des copies vous êtes invités à consulter le site Web du Centre jeunesse de Québec à la section *Institut universitaire sur les jeunes en difficulté*, sous l'onglet *documentation*.

TABLE DES MATIÈRES

P. 4 **Un petit coup main pour ne pas en venir aux poings**
La colère, l'agressivité et la violence chez les jeunes

P. 14 ***Speed, Crystal, E, GH, Special K* : difficile de s'y retrouver**
La consommation de drogues de synthèse chez les jeunes

P. 24 **Ne m'attrape pas si tu peux !**
La sexualité et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes

P. 33 **« Chat » va bien ?**
La zoothérapie et les jeunes

P. 40 **S'adapter au changement… pas toujours évident**
Les modifications apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)

Étudiants de l'équipe d'animation scientifique – Été 2008

À l'avant, de gauche à droite : Carole-Anne Mercier, Émilie Dionne, Émile Piché
À l'arrière, de gauche à droite : Isabelle Fournier, Patrick Arial, Jasmine R. Perreault

Un petit coup de main pour ne pas en venir aux poings

La colère, l'agressivité et la violence chez les jeunes

Par Carole-Anne Mercier, étudiante au baccalauréat en psychologie
Avec la collaboration de Nadine Lanctôt, Ph.D. en criminologie,
professeure agrégée à la faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke

SAVIEZ-VOUS QUE…

Des réponses à vos préoccupations cliniques

… l'agressivité physique est une tendance innée plus marquée vers l'âge de 2 ans qui s'atténue ensuite progressivement (Brendgen et al., 2008) ?

La colère, l'agressivité et la violence sont des concepts étroitement liés et fréquemment utilisés de manière indifférenciée dans la littérature. Pourtant, ces trois expressions ont une étymologie et un sens bien différents.

La colère

Étymologie : le mot **colère** vient du grec *khôlê*, qui signifie « bile ». Le terme s'est transformé avec le temps pour donner *cholera* (latin). À l'époque, on associait la colère à un réchauffement de la bile (*chaude chole*) (Dubois, 2005).

La colère, au même titre que la tristesse, la peur, le dégoût, la joie et la surprise est l'une des six émotions fondamentales universelles. Les travaux d'Ekman ont démontré que les expressions faciales de ces émotions étaient reconnues partout dans le monde, et ce, même chez les nourrissons (Ekman, Campos, Davidson & De Waals, 2003). Autrement dit, la colère est innée et nous avons tous la capacité de l'exprimer et de la reconnaître.

De façon générale, la colère traduit un mécontentement, de l'irritation ou de la frustration en réaction à diverses situations : besoin insatisfait, provocation, manque, blessure ou sentiment d'injustice (Vidal, 2005). Comme le souligne Larivey (2005), cette émotion est souvent dirigée, à tort ou à raison, contre la personne ou l'objet que l'on considère responsable de notre frustration. Habituellement désagréable à vivre, elle se caractérise par des expressions faciales (ex. froncement des sourcils, tension des

lèvres, redressement des paupières) et des réactions physiologiques telles que des tensions musculaires, une sensation de chaleur, des tremblements et une accélération du rythme cardiaque due à une augmentation du taux d'adrénaline (Ekman et al., 2003 ; Larivey, 2002). Sa manifestation étant d'abord interne, la colère peut aussi générer une réaction extériorisée. En fait, elle peut provoquer des réactions d'intensité variable allant de l'incompréhension à l'accès de colère (voir la figure 1). De plus, il arrive que la colère dissimule d'autres émotions comme la tristesse. Son expression permet, entre autres, de libérer les tensions, de rétablir l'équilibre interne (Vidal, 2005) et peut prendre différentes formes, dont l'agressivité.

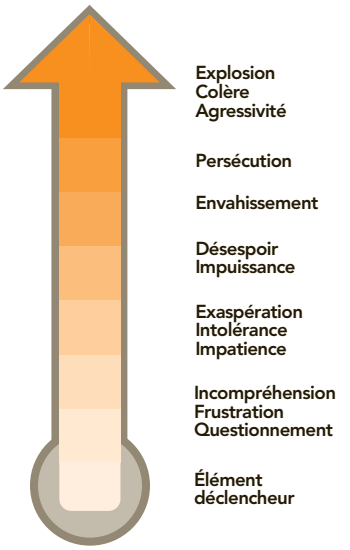


Figure 1 – Thermomètre de la colère
(Figure adaptée de Fortin, 2003)

L'agressivité

Étymologie : le mot **agressivité** vient de l'expression latine *aggredi* signifiant « aller vers » ou « attaquer ». Il est synonyme de « contact » (Dubois, 2005).

Considérée comme l'une des manifestations de la colère, l'agressivité prend racine à la jonction de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Berkowitz, 1993). Il s'agit d'un instinct naturel, d'une énergie pulsionnelle s'exprimant de manière réelle ou imaginaire (Ekman et al., 2003 ; Larivey, 2002). On lui reconnaît deux formes particulières : l'agressivité hostile et l'agressivité instrumentale. L'**agressivité hostile** est réactive, car elle survient suite à un élément déclencheur et cause du tort aux personnes et aux objets. L'**agressivité instrumentale** est proactive, c'est-à-dire qu'elle est anticipée et permet d'atteindre certains buts. Contrairement à l'agressivité hostile, elle n'a pas pour objectif de nuire à autrui. Cette dernière forme d'agressivité exprime une volonté de s'affirmer et de confronter (Boivin, 2003 ; Corraze, 1997). Bien utilisée, elle peut devenir une source de dynamisme interne et de mobilisation (Vidal, 2005).

La violence

Étymologie : le mot **violence** vient des expressions latines *violentia* et *violar* qui signifient respectivement « abus de la force » et « agir de force sur quelqu'un ou quelque chose » (Dubois, 2005).

La violence est un phénomène complexe, dont la définition et la compréhension varient selon les époques, les milieux, les normes culturelles et les individus (Corraze, 1997 ; Vidal, 2005). Pour certains auteurs, elle s'apparente à l'agressivité hostile, telle que décrite plus haut. Concrètement, elle se définit comme une atteinte à l'intégrité physique ou psychologique d'une personne, par exemple, par la contrainte, la force ou l'intimidation (Vidal, 2005). Expression d'une force brutale, la violence peut être extériorisée (ex. s'en prendre à autrui ou à des objets) ou retournée contre soi (ex. automutilation ou tentatives de suicide). Deux formes d'agression ou de violence sont distinguées dans la littérature (Verlaan & Déry, 2006) : **directe** (ex. blesser physiquement ou verbalement un individu) et **indirecte** (ex. tenter de nuire aux relations d'un individu à son insu). La violence suppose un rapport de force entre des personnes (Corraze, 1997). Elle peut se manifester tant sur le plan physique que psychologique (ex. humiliation, dénigrement, dévalorisation, privation, isolement, contrôle) (Vidal, 2005).

En somme, il est important de retenir que la colère et l'agressivité ne conduisent pas forcément à la violence. Elles sont aussi des sources d'énergie et de dynamisme interne (Vidal, 2005). Afin de bien les gérer, voici quelques pistes de réflexion et d'intervention.

L'agressivité chez les tout-petits

L'agressivité est un phénomène normal observable au cours de la petite enfance. En fait, l'agressivité physique est une tendance innée plus marquée vers l'âge de 2 ans qui s'atténue ensuite progressivement (Brendgen et al., 2008). Cette diminution progressive des comportements agressifs s'explique, entre autres, par une plus grande capacité de négociation et de partage dans la résolution des conflits et par l'influence importante des pairs et des adultes qui agissent à titre de modèles prosociaux (Boivin, 2003).

Lorsqu'ils sont fâchés, les jeunes enfants peuvent manifester de l'agressivité physique (ex. agripper quelqu'un ou un objet, pousser, griffer, etc.), mais la manifestation de ces comportements n'est généralement pas fréquente. En effet, on estime que seulement 5 % à 10 % des enfants continuent, pendant leur enfance et leur adolescence, à manifester des niveaux d'agressivité élevés (Brendgen et al., 2008). Il arrive que l'agressivité s'accompagne de comportements d'opposition ou de provocation (ex. s'obstiner, refuser de respecter les règles, embêter délibérément les autres, tester les limites). Lorsque ces comportements dépassent largement ce qui est attendu d'un jeune du même âge et qu'ils nuisent de façon significative à la vie familiale, sociale et scolaire, on parle d'un trouble oppositionnel avec provocation (American Psychiatric Association [APA], 1996).

Puisque le processus de socialisation inhibe les comportements agressifs, la période préscolaire constitue une étape charnière pour la régulation des comportements d'agression physique, d'où l'importance de favoriser l'apprentissage de comportements prosociaux chez l'enfant dès les toutes premières années de sa vie (Brendgen et al., 2008). Pour ce faire, l'établissement et le respect de règles et d'habitudes de vie, tant à la maison que dans les autres milieux que fréquente l'enfant (ex. groupe de jeu, garderie, lieux publics), sont nécessaires. Reconnaître ou renforcer les comportements positifs et décourager les comportements inopportuns sont également de bonnes stratégies pour modérer les comportements agressifs des tout-petits (Fiorentino, 2004).

La gestion de la colère

Voici quelques stratégies permettant aux jeunes suivis en centre jeunesse, à leurs parents et aux intervenants de mieux gérer leur colère.

Connaître les étapes de régulation de la colère

Le tableau suivant présente six étapes simples qui peuvent faciliter la régulation de la colère.

Tableau 1 – Étapes de régulation de la colère

Étape 1 : Je m'arrête.
Étape 2 : Je me demande ce qui se passe en moi.
Étape 3 : Je réalise que je suis en colère.
Étape 4 : J'applique le moyen d'autorégulation prévu pour me détendre.
Étape 5 : Je cherche la ou les causes de ma colère.
Étape 6 : Je parle de ma colère, si possible ou si nécessaire, à la personne concernée au moment approprié.

(Tableau tiré de Trudeau Le Blanc, Le Blanc & Bernier, 2007)

Reconnaître la colère

Plusieurs indices précurseurs de la colère sont envoyés par le corps et agissent à titre de signaux d'alarme : indices corporels, comportementaux, émotifs et cognitifs (Trudeau Le Blanc et al., 2007). Les **indices corporels** se manifestent, entre autres, par des tremblements de mains ou de jambes, un manque de salive dans la bouche, une sudation plus importante ainsi qu'une raideur au niveau du cou. Certains signes précurseurs se reflètent davantage dans les **comportements** (ex. agitation, bousculades, coups dans le vide, répliques, cris) alors que d'autres sont plutôt d'ordre **émotif** (ex. hostilité, irritabilité, impatience, peur, tristesse). La présence obsessive de scénarios agressifs (ex. insultes, humiliation, agression) envers une personne ainsi que les perceptions constantes d'hostilité, de colère et d'agressivité de la part d'autrui sont, quant à eux, des **indices cognitifs** de la colère. Demeurer alerte et apprendre à reconnaître ces indices dès leur apparition permet de mieux gérer cette émotion.

S'approprier des moyens d'autorégulation

Un moyen d'autorégulation est une façon personnelle de s'adapter à une réaction inappropriée de colère. Prendre conscience de ses forces et de ses limites favorise l'identification et l'application de ses propres moyens d'autorégulation. Par exemple, admettre que l'on éprouve de la difficulté à maîtriser l'intensité de sa colère facilite la mise en place de différentes stratégies d'autorégulation telles que se mettre à l'écart, se fermer les yeux, prendre l'air ou écouter de la musique. Il en va de même pour l'évocation d'une situation positive ou d'une pensée apaisante (Trudeau Le Blanc et al., 2007). La respiration profonde aide aussi à se calmer, car elle ralentit le rythme cardiaque et diminue la pression sanguine.

Identifier la ou les causes de la colère

Chercher à identifier la ou les causes de l'état colérique est une autre stratégie permettant de mieux gérer cette émotion. Repenser aux moments récents qui pourraient en être la cause et identifier le déclencheur exact permet de remettre les choses en perspective (Trudeau Le Blanc et al., 2007). Il est ainsi possible d'éviter les situations ou les sujets qui provoquent la colère. Plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de cette émotion (ex. mauvaise alimentation, manque de sommeil, sevrage, dépression, troubles cognitifs tels que des difficultés d'attention et d'organisation) (Decleire & Picard, 2005) et il est important de les identifier afin de ne pas transférer sa colère sur une personne ou un objet non concerné.

Développer certaines habiletés sociales

Certaines habiletés facilitent la régulation de la colère (Trudeau Le Blanc et al., 2007), par exemple, répondre à la taquinerie, défendre ses droits ou négocier. Ces habiletés permettent une meilleure maîtrise de soi et favorisent la communication. Différentes activités d'apprentissage contribuent au développement de ces habiletés. Elles doivent être adaptées au profil du jeune[1].

Canaliser la colère et l'agressivité

Puisque la colère et l'agressivité sont également synonymes de dynamisme interne, il peut s'avérer intéressant d'en tirer profit. En effet, celles-ci peuvent être canalisées dans certaines activités physiques (Vidal, 2005) telles que le karaté, le hockey ou la danse. De même, l'agressivité peut être utile dans certains sports qui réglementent les agressions et les coups portés (ex. combat ultime, boxe, football). La colère et l'agressivité peuvent également favoriser l'expression de la créativité à travers la musique, la peinture, le dessin ou encore l'écriture. Ces méthodes constituent de bonnes avenues afin d'exprimer la colère ressentie et d'évacuer sainement l'agressivité.

Le potentiel de violence

Il est nécessaire de savoir reconnaître le potentiel de violence d'un jeune afin d'intervenir le plus précocement possible et d'éviter les actes de violence. Pour ce faire, trois indicateurs de violence peuvent être utiles, soit les antécédents de passage à l'acte, les changements de comportement et l'agitation motrice (Ulrich, 2004-2005). Concernant les **antécédents de passage à l'acte**, il est important de se demander si le jeune a une histoire de violence. S'est-il déjà blessé intentionnellement ? A-t-il porté des coups et causé des blessures à autrui ou détruit du matériel ? A-t-il un parent ou un environnement violent ? Ces signes peuvent être annonciateurs d'un comportement violent éventuel. En ce qui a trait aux **changements de comportement**, il est indiqué de vérifier si le jeune a changé de comportement (ex. intimidation, provocation, menace). S'exaspère-t-il, se met-il à l'écart, s'isole-t-il ? Lors d'une interaction, change-t-il subitement de comportement ? Dans l'affirmative, le jeune est plus à risque d'un passage à l'acte. Enfin, en ce qui concerne l'**agitation motrice**, il importe de vérifier si le jeune est plus agité qu'à l'habitude. Se promène-t-il de long en large ? Agite-t-il ses pieds et ses mains ? Bouscule-t-il les autres, détruit-il le matériel ? Si tel est le cas, il y a de fortes chances que le jeune pose un geste violent dans un avenir rapproché, voire imminent.

[1] Pour plus de détails, consulter le document ***L'activité d'apprentissage de moyens et d'habiletés pour la régulation de la colère (2e éd.)*** (Trudeau Le Blanc et al., 2007).

Le tableau suivant présente diverses stratégies d'intervention auprès de jeunes qui manifestent des comportements agressifs.

Tableau 2 – Comportements à adopter en présence d'un jeune agressif

- S'abstenir de tout geste ou comportement pouvant être considéré comme agressif (ex. garder les mains dans une position non menaçante).
- Toujours regarder le jeune dans les yeux et ne pas lui tourner le dos.
- Respecter l'espace vital du jeune tout en exigeant qu'il respecte notre espace.
- Manifester de l'intérêt par rapport à la situation et maintenir le dialogue.
- Reformuler les propos de l'autre (ex. « Si je comprends bien, tu es en colère parce que… »).
- Maîtriser son langage corporel et sa propre agitation motrice, car ils traduisent des émotions (attention à la contamination).
- Éloigner toute personne hostile envers le jeune ou qui voudrait s'immiscer dans l'intervention.
- Tenter de comprendre le comportement ou le point de vue du jeune, mais accepter aussi de ne pas tout comprendre (l'incompréhension pouvant être génératrice de pulsions agressives).

(Tableau adapté de Decleire & Picard, 2005 ; Ulrich, 2004-2005)

Il est important de noter les caractéristiques des comportements agressifs problématiques (ex. la fréquence, l'intensité, le moment, l'endroit et les circonstances) (Fiorentino, 2004 ; Tellier, 2007). À ce sujet, il peut être intéressant de recourir à la **méthode ACC** (Antécédent, Comportement, Conséquence), qui consiste à se demander qui était là, où l'événement s'est déroulé, quand s'est-il produit et ce qui s'est passé exactement (Fiorentino, 2004).

Quelques faits intéressants

Dans la religion catholique, la colère est considérée comme l'un des sept pêchés capitaux, ce qui peut expliquer en partie notre difficulté à la reconnaître, à la vivre ou à l'accepter ainsi que notre propension à la réprimer ou à la censurer (Cirrus Productions & Télé-Québec, 2003).

Les expressions faciales des émotions (ex. la colère) sont en partie héréditaires. Les nerfs et les muscles faciaux sont contrôlés par des gênes transmis de génération en génération, afin de faciliter la reconnaissance des besoins de l'enfant par le parent (Ekman et al., 2003).

50 % des agressions physiques commises par les enfants en bas âge sont déterminées par des facteurs génétiques, les autres cas étant associés à des facteurs environnementaux uniques et non partagés (Brendgen et al., 2008).

La fréquence des agressions physiques diminue à partir de 3-4 ans alors que la fréquence des gestes d'agressions indirectes (ex. ridiculiser, diffuser des ragots, harceler, tenir des propos désobligeants) augmente de façon importante entre l'âge de 4 et 7 ans (Brendgen et al., 2008).

Selon Crick et Groetpeter (1995), 15,6 % des garçons manifestent des conduites agressives directes comparativement à seulement 0,04 % des filles. À l'inverse, 17,4 % des filles manifestent des conduites agressives indirectes comparativement à 2 % des garçons. Toutes formes confondues, il existerait très peu de différences entre les garçons (27 %) et les filles (21,6 %) dans la prévalence des conduites agressives.

Tout problème sérieux d'agressivité devrait être signalé à un professionnel de la santé puisque la plupart des troubles psychiatriques, neurologiques et neurodéveloppementaux s'accompagnent de symptômes d'agressivité (Corraze, 1997 ; Tellier, 2007).

Références

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA]. (1996). ***Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e éd.).*** Paris : Masson.

BERKOWITZ, L. (1993). ***Aggression, its Causes, Consequences and Control.*** New York : Mcgraw-Hill.

BOIVIN, M. (2003). ***L'analyse psychosociale des conduites agressives et le développement des conduites agressives.*** Consulté en mai 2008 sur le site WEB de l'École de psychologie de l'Université Laval : http://www.psy.ulaval.ca/~labocs/PSY12236/agress3p.pdf.

BRENDGEN, M., BOIVIN, M., VITARO, F., BUKOWSKI, W.M., DIONNE, G., & TREMBLAY, R.E. (2008). Linkages between children's and their friend's social and physical aggression : Evidence for a gene-environment interaction ? ***Child Development,*** *79*, 13-29.

CIRRUS PRODUCTIONS EN COLLABORATION AVEC TÉLÉ-QUÉBEC. (2003). ***Chroniques de la violence ordinaire, épisode 11-Colère.*** Montréal : Télé-Québec.

CORRAZE, J. (1997). From sociobiology to pathology or from aggression to violence. ***Évolutions psychomotrices,*** *9* (37), 115-125.

CRICK, N.R., & GROETPETER, J.K. (1995). Relational agression, gender, and social psychological adjustment. ***Child Development,*** *66*, 710-722.

DECLEIRE, L., & PICARD C. (2005). Prévenir l'agressivité : est-ce possible ? ***La Revue de la médecine générale,*** *222*, 196-198.

DUBOIS, J. (2005). ***Grand dictionnaire étymologique et historique du français.*** Paris : Larousse.

EKMAN, P., CAMPOS, J.J., DAVIDSON, R.J., & DE WAALS, F. (2003). ***Emotions Inside Out : 130 Years After Darwin's the Expression of the Emotions in Man and Animals.*** New York : Annals of the New York Academy of Sciences 2003.

FIORENTINO, L. (2004). ***Intervention Enfance Famille : guide-ressources pour favoriser la croissance des enfants (4ème livret : l'agressivité).*** Montréal : Les Services d'Aide à la Famille Juive de l'Institut Baron de Hirsch.

FORTIN, S. (2003). ***Thermomètre de la colère.*** Montréal : Centre hospitalier universitaire mère-enfant de Sainte-Justine (CHU Sainte-Justine).

LARIVEY, M. (2005). ***La colère : une émotion simple.*** Consulté en mai 2008 sur le site WEB de redpsy : http://www.redpsy.com/guide/colere.html.

LARIVEY, M. (2002). ***La puissance des émotions : comment distinguer les vraies des fausses.*** Montréal : Les éditions de l'Homme.

TELLIER, G. (2007). L'agressivité chez le préadolescent ou l'adolescent. ***Le médecin du Québec,*** *42* (4), 71-79.

TRUDEAU LE BLANC, P., LE BLANC, M., & BERNIER, M. (2007). ***L'activité d'apprentissage de moyens et d'habiletés pour la régulation de la colère (2e éd.).*** Document de formation. Montréal : Boscoville.

ULRICH, P. (2004-2005). ***Les approches sécuritaires en milieu de travail© ou interagir auprès d'un jeune mentalement souffrant, en détresse ou qui présente des comportements antisociaux.*** Document de formation sur mesure pour le professionnel de première et de deuxième ligne. Mandeville : Expertise SENSÉ, inc.

VERLAAN, P., & DÉRY, M. (2006). ***Les conduites antisociales des filles : comprendre pour mieux agir.*** Montréal : Presses de l'Université du Québec.

VIDAL, G. (2005). Pour une approche systémique dans l'évaluation des situations de violence conjugale. ***Intervention,*** *122*, 70-79.

Speed, Crystal, E, GH, Special K : difficile de s'y retrouver

La consommation de drogues de synthèse chez les jeunes

Par Jasmine R. Perreault, étudiante à la maîtrise en service social
Avec la collaboration de Caroline Jacques, M. Serv. Soc., ts, coordonnatrice des services externes et responsable des communications au Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve

SAVIEZ-VOUS QUE…

Des réponses à vos préoccupations cliniques

… la méthamphétamine arrive au deuxième rang des drogues illicites les plus consommées chez les jeunes Québécois, après le cannabis et avant la cocaïne et l'héroïne (Dubé, Tremblay, Traoré & Martin, 2007 ; Lebrun, Fradette & Fallu, 2005) ?

Qu'est-ce qu'une drogue de synthèse ?

Les drogues de synthèse, aussi connues sous le nom de *designer drugs*, sont des molécules chimiques créées entièrement par l'humain (ex. amphétamine, métamphétamine, ecstasy, GHB et kétamine), comparativement aux substances psychoactives qui proviennent en partie de la nature telles que la marijuana, la cocaïne et l'héroïne (Lebrun et al., 2005 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2007 ; Schneeberger & Desrosiers, 2001). Les drogues de synthèse sont fabriquées en laboratoire par des chimistes clandestins communément appelés les « *cooks* » (Comité permanent de lutte à la toxicomanie du Québec [CPLT], 2006 ; MSSS, 2007). Puisque ces derniers ne suivent pas de recettes strictes, en bout de ligne, deux substances du même nom peuvent être très différentes en ce qui concerne leur composition (les ingrédients utilisés et les quantités) et leur apparence (Santé Canada & Gendarmerie royale du Canada [GRC], 2004).

Les drogues de synthèse sont-elles nouvelles ?

Les drogues de synthèse ont fait leur apparition au cours des années 1900 (Schneeberger & Desrosiers, 2001) et ont été particulièrement associées aux raves au début des années 2000. Depuis ce temps, on assiste à une augmentation de la consommation de ces drogues dans la population générale, et ce, surtout chez les jeunes (Houle & Lecours, 2006). Ce qui est réellement nouveau avec ces substances, c'est donc leur usage récréatif répandu auprès des jeunes et une popularité s'étendant bien au-delà du milieu des raves (Lebrun et al., 2005 ; Rioux, 2000).

Quelles sont les drogues de synthèse ?

L'amphétamine et ses dérivés

Amphétamine et méthamphétamine

Noms populaires : *Speed, Pill, Meth, Ice, Crystal, Tina,* Pilule et les noms représentant le logo sur le comprimé, tels que *Peanut, Star, Moon, Playboy*, etc.

Apparence : comprimé, capsule, poudre, cristaux (plus rare au Québec)

Méthodes de consommation les plus courantes : ingérée (avalée) et prisée (« sniffée »)

Catégorie : stimulant majeur du système nerveux central

L'amphétamine et la **méthamphétamine** produisent des effets euphorisants et stimulants (MSSS, 2007 ; Schneeberger & Desrosiers, 2001). Il y a augmentation de l'énergie, de la vigilance et une impression de décuplement de la force physique et des capacités intellectuelles chez la personne qui en fait usage (Lebrun et al., 2005 ; Martin, 2007 ; Schneeberger & Desrosiers, 2001). Bien que ces deux substances aient des effets similaires, la méthamphétamine a un potentiel de dépendance plus élevé (MSSS, 2007) et est beaucoup plus puissante, car elle pénètre plus facilement la barrière hémato-encéphalique (Lebrun et al., 2005). Pour cette raison et parce qu'elle coûte moins cher à produire, la méthamphétamine est davantage appréciée par les consommateurs et les vendeurs (Lebrun et al., 2005). Actuellement, la majorité des pilules ou capsules vendues sur le marché noir au Québec comme étant de l'amphétamine ou de l'ecstasy sont plutôt composées de méthamphétamine (Santé Canada & GRC, 2004).

Associées aux valeurs de rapidité et de performance de la société contemporaine, ces drogues peuvent facilement laisser miroiter de nombreux bienfaits (Gaudet, 2007, dans Côté & Hanfield, 2007). La proportion de jeunes du secondaire consommant de l'amphétamine est passée de 7 % en 2000, à 9,4 % en 2006, avec une légère diminution entre 2004 et 2006 (Dubé et al., 2007). Sa popularité augmente en fonction du niveau de scolarité des jeunes et les filles sont plus nombreuses que les garçons à en faire usage (Dubé et al., 2007). Comparativement à l'ensemble des Canadiens de 15 ans et plus (6,4 %), la consommation d'amphétamine est particulièrement élevée chez les Québécois du même groupe d'âge (8,9 %) (Santé Canada & GRC, 2004). D'ailleurs, la méthamphétamine arrive au deuxième rang des drogues illicites les plus consommées chez les jeunes Québécois, après le cannabis et avant la cocaïne et l'héroïne (Dubé et al., 2007 ; Lebrun et al., 2005). En outre, il importe de mentionner que malgré sa médiatisation, le *Crystal Meth* (méthamphétamine à l'état pur sous forme de cristaux, habituellement fumée) se consomme surtout dans l'Ouest canadien, rarement au Québec (Jacques, 2008 ; Martin, 2007).

Les **anorexigènes** (coupes-faim) et les médicaments utilisés dans le traitement du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), tels que le Ritalin® et le Concerta®, sont des dérivés de la famille des amphétamines (Cyr, Léonard & Champagne, 2002 ; Jacques, 2008 ; Lebrun et al., 2005 ; Martin, 2007). Ces substances produisent sensiblement les mêmes effets dans le cerveau sur les neurotransmetteurs. Toutefois, la légalité des médicaments garantissent une qualité de la substance qu'on ne peut comparer avec les drogues illicites (Rouillard, 2008). Comme l'amphétamine et ses dérivés entraînent une diminution de l'appétit, il est possible de mieux comprendre, avec tout ce qui entoure le culte de la minceur, pourquoi ce type de drogue est si invitant pour les filles (Houle & Lecours, 2006). D'autres effets secondaires peuvent également se faire sentir lors de la consommation de ces drogues tels que des tics faciaux, des grincements de dents, une crispation de la mâchoire et, à plus forte dose, des convulsions, des troubles paranoïdes et un état psychotique (MSSS, 2007 ; Schneeberger & Desrosiers, 2001). Après un épisode de consommation, les gens ressentent habituellement une extrême fatigue, ont une humeur dépressive et sont irritables, ce que l'on appelle le *down* (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies [CCLAT], 2005 ; Rouillard, 2008). Les symptômes de sevrage sont : la fatigue, l'insomnie ou l'hypersomnie, des rêves intenses et déplaisants, une augmentation de l'appétit et une agitation ou un ralentissement psychomoteur (Rouillard, 2008). La sévérité maximale du sevrage dure de 2 à 4 jours et une amélioration significative peut s'observer après 7 à 10 jours (Rouillard, 2008).

Ecstasy (MDMA)

Noms populaires : *E, XTC,* Pilule
Apparence : comprimé, capsule, poudre blanche
Méthodes de consommation les plus courantes : ingérée (avalée) et prisée (« sniffée »)
Catégorie : hallucinogène stimulant, perturbateur du système nerveux central

L'**ecstasy**, qui fait aussi partie de la famille des amphétamines (Martin, 2007 ; Schneeberger & Desrosiers, 2001), a suscité une grande curiosité avec l'arrivée des raves et de la musique techno au début des années 2000 (CPLT, 2006 ; MSSS, 2007 ; Schneeberger & Desrosiers, 2001). Cette substance procure un effet psychostimulant de moindre intensité que les amphétamines et modifie les perceptions sensorielles, surtout tactiles (Llorens, 2004 ; MSSS, 2007). Elle est appréciée pour le sentiment de grande confiance en soi qu'elle procure et parce qu'elle augmente la capacité d'introspection et les comportements empathiques (i.e. le goût de communiquer et de se mettre à la place des autres) (Lebrun et al., 2005 ; Martin, 2007 ; Pennors & Thérien, 2001 ; Rouillard, 2008 ;

Schneeberger & Desrosiers, 2001). Les sensations de proximité interpersonnelle et de sensualité sont amplifiées (Garceau-Brodeur, 2006). Mais, sur le plan de la sexualité, l'atteinte de l'orgasme est plus difficile (Garceau-Brodeur, 2006) et il y a une diminution importante de la capacité érectile chez l'homme (Saunders, 1993). C'est pourquoi la consommation de Viagra® (acheté sur la marché noir) gagne en popularité chez les consommateurs masculins (Jacques, 2008 ; Schneeberger & Desrosiers, 2001). Toutefois, la combinaison du Viagra® avec certaines autres substances peut être extrêmement dangereuse (Schneeberger & Desrosiers, 2001). Les autres effets secondaires de l'ecstasy sont semblables à ceux de l'amphétamine et de la méthamphétamine en plus de l'hyperthermie (fièvre), de la déshydratation et de la rétention urinaire (MSSS, 2007). Selon la GRC, l'ecstasy pure (MDMA) se fait actuellement très rare à Québec et est beaucoup plus coûteuse que la méthamphétamine (GRC, 2007, dans Fleury, 2007). Souvent, les jeunes croient acheter de l'ecstasy alors qu'ils se procurent en fait de la méthamphétamine ou un mélange de produits contenant ou non de la MDMA (ecstasy).

Autres drogues de synthèse

GHB

Noms populaires : *G, GH,* P'tit jus, *Liquid ecstasy* (mais ce n'est pas de l'ecstasy)
Apparence : poudre blanche, liquide (incolore et inodore) vendu dans une fiole
Méthode de consommation la plus courante : ingéré (avalé), mélangé ou non dans de l'eau ou une boisson
Catégorie : dépresseur du système nerveux central

Le **GHB** procure des sensations de détente, d'ivresse, de relaxation musculaire, de somnolence, des difficultés de coordination des mouvements et une diminution de l'anxiété (Lebrun et al., 2005 ; Martin, 2007 ; MSSS, 2007 ; Schneeberger & Desrosiers, 2001). À petite dose, l'effet du GHB peut ressembler à celui d'une consommation d'alcool (Pennors & Thérien, 2001). Certains jeunes affirment que cette drogue crée une sensation similaire à l'euphorie occasionnée par plusieurs consommations d'alcool, mais à plus faible coût et sans le « mal de tête du lendemain » (Lebrun et al., 2005). Par contre, il est difficile de bien doser sa consommation, une petite quantité supplémentaire pouvant être de trop, ce qui entraîne des risques semblables à une surconsommation d'alcool (i.e. somnolence, difficulté d'élocution et de coordination des mouvements, maux de tête, vomissements, perte de mémoire temporaire, etc.) (Jacques, 2008 ; MSSS, 2007 ; Schneeberger & Desrosiers, 2001). Les risques sont encore plus élevés lorsque le GHB est mélangé avec de l'alcool puisque les effets se multiplient dramatiquement pouvant entraîner une perte de conscience, des convulsions, une diminution du rythme cardiaque, une baisse de la tension artérielle, une difficulté à respirer et même la mort (Lebrun et al., 2005 ; Martin, 2007 ; MSSS, 2007).

Le GHB a été médiatisé comme étant **LA** drogue du viol (Martin, 2007 ; MSSS, 2007). Par contre, très peu de cas de viols ou d'agressions sexuelles reliés au GHB ont été recensés au Québec (Jacques, 2008 ; Lebrun et al., 2005). Il est plus exact de parler **DES** drogues du viol, car beaucoup de drogues ou de mélanges de drogues, incluant l'alcool, sont susceptibles de rendre une personne vulnérable (MSSS, 2007). Toutefois, l'alcool est la drogue la plus souvent ingérée lors d'agressions sexuelles ou de viols, l'agresseur et sa victime en ayant généralement tous les deux consommé (Jacques, 2008 ; Lebrun et al., 2005 ; Perreault, Bégin, Michaud & Denoncourt, 2006).

Kétamine

Noms populaires : *K, Special K, Kit Kat, Ket*
Apparence : cristaux, poudre blanche, liquide vendu dans une fiole
Méthodes de consommation les plus courantes: prisée (« sniffée ») et ingérée (avalée)
Catégorie : anesthésique dissociatif, perturbateur du système nerveux central

La **kétamine** est une substance légale (dans un contexte de soins), commercialisée sous le nom de Ketalar® et utilisée par les vétérinaires et les médecins comme anesthésiant (CPLT, 2006 ; Jacques, 2008 ; Lebrun et al., 2005 ; Martin, 2007 ; Pennors & Thérien, 2001). À faible dose, la kétamine peut stimuler, mais à plus forte dose, des effets sédatifs se font sentir (Lebrun et al., 2005). Elle provoque une sensation de flottement, des hallucinations, des révélations mystiques ainsi que des idées psychédéliques (Jacques, 2008 ; Martin, 2007 ; Pennors & Thérien, 2001). Les usagers peuvent avoir l'impression de sortir de leur corps. La consommation de kétamine peut aussi engendrer des conduites agressives, des troubles paranoïdes, un état psychotique, une anesthésie (perte de sensibilité), et une paralysie sévère avec préservation de l'état de conscience, appelée « *K-Hole* » (MSSS, 2007).

La loi de l'effet : E = PIC

L'effet d'une substance sur une personne résulte d'une interaction entre le produit (P) consommé, l'individu (I) et le contexte (C) dans lequel ce dernier consomme, ce que l'on nomme la loi de l'effet (E = PIC) (Martin, 2007 ; MSSS, 2007 ; Pennors & Therrien, 2001). Cette interaction détermine l'expérience globale d'une drogue (voir le tableau 1) (Pennors & Therrien, 2001).

Tableau 1 – Loi de l'effet : E = PIC

Produit (P)	Individu (I)	Contexte (C)
- quantité - pureté - fréquence de consommation - tolérance au produit - combinaison avec d'autres produits - méthode de consommation*	- taille - sexe - poids - état physique et psychologique - attentes envers le produit - expériences passées - personnalité - satisfaction liée aux sphères de vie - habitudes de vie	- facteurs culturels et ethniques - accessibilité du produit - normes, lois, religion - milieu familial - entourage - lieu - ambiance - moment de la journée

*Concernant la méthode de consommation, l'amphétamine est absorbée plus rapidement lorsqu'elle est prise par voie intranasale (« sniffée ») et beaucoup plus rapidement encore par voie intrapulmonaire (fumée) ou intraveineuse (injectée). L'administration par ces voies est susceptible de provoquer un *rush*, c'est-à-dire une euphorie intense s'apparentant à une sensation orgasmique (McKim, 2000), mais pouvant avoir des conséquences importantes sur la santé. L'injection d'amphétamine et ses dérivés gagne en popularité en Europe de l'Est et dans l'Ouest canadien ; cette pratique pourrait donc éventuellement être plus fréquente au Québec (Lebrun & al., 2005). À Québec, certains consommateurs recourent à la méthode du « parachute ». Elle consiste à égrainer le comprimé, à le mettre dans un mouchoir et à l'avaler. L'effet est plus rapide, mais les risques encourus sont aussi plus élevés.

Quelques pistes d'intervention

Le jeune est souvent ambivalent par rapport à sa consommation et il n'est pas rare que son entourage (ex. parents, amis, intervenants, enseignants) initie une démarche de réadaptation ou démontre une plus grande motivation au changement que lui (Bergeron & Tremblay, 2004). Ces pressions extérieures influencent parfois positivement le cheminement du jeune. Il est donc important de ne pas essayer d'éliminer celles-ci, mais bien de les utiliser comme levier motivationnel auprès du jeune (Bergeron & Tremblay, 2004).

Voici quelques pistes d'intervention :

<u>Ne pas tenir compte des mythes et des préjugés, tels que :</u>

- Si le jeune n'est pas motivé, il n'y a rien à faire.
- Il manipule, il ment, il n'est pas sincère et il ne désire pas modifier sa situation.
- La seule façon de s'en sortir, c'est l'abstinence.

La conviction de l'intervenant quant à la capacité de changement du jeune aura des répercussions positives sur le processus d'intervention (Martin, 2007).

Exploiter les ressources du jeune (individuelles et sociales)

- Refléter les bons coups et les qualités du jeune (ex. sa détermination, son courage, son investissement dans des tâches simples).
- Mobiliser l'entourage. Le soutien social (i.e. amis, famille, personnes significatives) rend l'intervention plus efficace (Centre André-Boudreau, 2006). Le processus de réadaptation sera aussi influencé par la façon dont les jeunes et leur entourage font face au problème de toxicomanie (Angel & Angel, 2003 ; Mialon, 2001). Les limites de l'intervention individuelle, de plus en plus reconnues, incitent les chercheurs et les professionnels à accorder une importance accrue au système familial et social du jeune (Boily & Bitaudeau, 2002).

Donner de l'information objective sur les drogues

- Les jeunes et leur famille doivent être informés sur les différentes substances psychoactives et sur les pratiques qui entourent l'usage des drogues de synthèse (Lebrun et al., 2005). Cela aide non seulement les jeunes à faire des choix éclairés sur leur consommation mais aussi les parents à mieux comprendre la problématique.
- Invitez-les à lire le « ***Savais-tu que…*** », le frère cadet du « ***Saviez-vous que…*** » qui s'adresse aux jeunes suivis en centre jeunesse.

Responsabiliser le jeune

- Écouter ce que le jeune dit tout en le responsabilisant (ex. ne pas faire les choses à sa place). Ce dernier est responsable de son cheminement et de ses choix (Martin, 2007).
- Aider le jeune à se fixer des objectifs réalistes (Martin, 2007).
- Proposer l'abstinence comme solution possible, mais non unique (Martin, 2007).
- Respecter le rythme du jeune dans le processus de changement et lui laisser du temps pour prendre ses décisions (Bergeron & Tremblay, 2004).

Refléter les contradictions

- Explorer avec le jeune la différence entre ses comportements actuels et son idéal. Cette discussion risque de provoquer un inconfort favorable au changement (Bergeron & Tremblay, 2004 ; Martin, 2007) (ex. « Tu désires quitter le centre de réadaptation, mais tu consommes de façon abusive lorsque tu sors. »).

- Faire ressortir les avantages et les désavantages liés à la consommation (balance décisionnelle) (Bergeron & Tremblay, 2004).

- Aider le jeune à poser un regard différent sur sa situation (Martin, 2007) pour semer en lui une confusion qui pourrait perturber sa dynamique habituelle et l'amener à entrevoir la possibilité de faire les choses différemment (ex. « Y aurait-il d'autres façons de répondre à tes besoins ? », « Comment crois-tu que tes parents se sentent par rapport à ta consommation ? ») (Ouellet & Turcotte, 2002).

Travailler avec la résistance

- Le jeune peut parfois résister au processus de réadaptation (ex. baisse de motivation, sentiment d'obligation de faire les choses, refus de collaborer ou de se présenter aux rencontres). Il importe de considérer cette résistance non pas comme un obstacle au changement, mais bien comme une source d'information fort pertinente quant aux difficultés vécues par le jeune.

- Explorer avec le jeune le sens de ses résistances (i.e. les nommer, chercher avec lui les causes possibles ainsi que les bénéfices secondaires qu'il retire de sa consommation, essayer de comprendre à quels besoins ses résistances répondent, tenter de faire des liens avec l'histoire de vie du jeune, etc.).

- Lorsque le jeune résiste, lui présenter la démarche comme une occasion de parler de sa consommation (Bergeron & Tremblay, 2004) ou d'autres sujets qui le préoccupent.

Pour en savoir plus sur les drogues et leurs effets

GRIP Montréal :
http://gripmontreal.blogspot.com/

Parlons drogues :
www.parlonsdrogues.com

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec :
www.dependances.gouv.qc.ca

Références

ANGEL, S., & ANGEL, P. (2003). ***Les toxicomanes et leurs familles.*** Paris : Armand Colin.

BERGERON, J., & TREMBLAY, J. (2004). ***Guide d'introduction aux stratégies de l'entrevue motivationnelle.*** Document de travail. Version préliminaire 1.3.2. Québec : Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve.

BOILY, N., & BITAUDEAU, I. (2002). Place à la famille. Famille et toxicomanie. ***Drogues, santé et société,*** *1* (1), 9-16.

CENTRE ANDRÉ-BOUDREAU. (2006). ***Le bien-fondé de la programmation du Centre André-Boudreau.*** Saint-Jérôme : Centre André-Boudreau.

CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES [CCLAT] (2005). ***La méthamphétamine, fiche de renseignements.*** Ottawa : CCLAT.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE DU QUÉBEC [CPLT]. (2006). ***Drogues : savoir plus risquer moins.*** Montréal : Stanké.

CÔTÉ, E., & HANFIELD, C. (2007). La drogue de son époque. ***La Presse,*** 26 octobre 2007, Actualités.

CYR, J.-F., LÉONARD, L., & CHAMPAGNE, P. (2002). Amphétamines et dérivés. Dans Léonard, L., & Ben Amar, M., ***Les psychotropes. Pharmacologie et toxicomanie.*** Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

DUBÉ, G., TREMBLAY, R., TRAORE, I., & MARTIN, I. (2007). ***Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006.*** Consulté en mai 2008 sur le site WEB de l'Institut de la statistique du Québec :
http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/tabac06_pdf.htm

FLEURY, E. (2007). Les temps changent, les drogues aussi. ***Le Soleil,*** 16 février 2007, Actualités.

GARCEAU-BRODEUR, M.-H. (2006). Ecstasy et sexualité : une étude exploratoire au Québec. ***Drogues, santé et société,*** *5* (2), 111-113.

HOULE, M., & LECOURS, M. (2006). ***Les amphétamines. Un bilan des informations disponibles à l'intention des intervenants.*** Mauricie et Centre-du-Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec et Domrémy Mauricie / Centre-du-Québec.

JACQUES, C. (2008). ***Drogues de synthèse : tour de piste.*** Document de formation (mars 2008). Québec : Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve.

LEBRUN, M.-C., FRADETTE, J., & FALLU, J.-S. (2005). Consommation de drogues de synthèse : effets, risques et pistes d'intervention. ***L'intervenant,*** *2* (2), 13-16.

LLORENS, N. (2004). ***Les drogues de synthèse et le phénomène « Rave ».*** Montréal : Gendarmerie royale du Canada.

MARTIN, K. (2007). ***Substances psychoactives, toxicomanie et pistes d'intervention.*** Document de formation (décembre 2008). Québec : Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve.

MCKIM, W.A. (2000). Psychomotor stimulant. Dans W.A. McKim (ed.)., ***Drugs and Behavior : An Introduction to a Behavioral Pharmacology*** (pp. 224-245). Upper Saddle River : Prentice Hall.

MIALON, A. (2001). L'accompagnement de l'entourage. ***Alcoologie et addictologie,*** 23 (2), 194-198.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [MSSS] (2007). ***Les jeunes et les drogues de synthèse.*** Consulté en mai 2008 sur le site WEB de Bibliothèque et Archives nationales du Québec : http://bibnum2.banq.qc.ca/pgq/2007/3499222.pdf

OUELLET, B., & TURCOTTE, D. (2002). La thérapie centrée vers les solutions. ***Intervention,*** *116*, 112-126.

PENNORS, E.-J., & THÉRIEN, A. (2001). Drogues de synthèse. ***L'intervenant,*** *17* (4), 4-8.

PERREAULT, N., BÉGIN, H., MICHAUD, J., & DENONCOURT, I. (2006). Drogues du viol et agression sexuelle : perception des jeunes en milieu collégial. ***Drogues, santé et société,*** *7* (2), 11-48.

RIOUX, M. (2000). L'ecstasy, qu'est-ce donc ? ***Écho toxico,*** *10* (2), 11.

ROUILLARD, P. (2008). ***Troubles psychotiques induits par les amphétamines.*** Document de formation (avril 2008). Québec : Sommet des deux rives.

SANTÉ CANADA & GENDARMERIE ROYALE DU CANADA (GRC) (2004). ***Rapport d'analyse des drogues de synthèse saisies au Québec. Octobre 2002 à avril 2004.*** Consulté en mai 2008 sur le site WEB de la Gendarmerie royale du Canada : http://www.rcmp-grc.gc.ca/qc/infos_gen/publications/rapport/rapp_f.htm

SAUNDERS, N. (1993). ***E for Ecstasy.*** Londres : Nicholas Saunders and Alexander Shulgin.

SCHNEEBERGER, P., & DESROSIERS, M. (2001). ***Les « nouvelles drogues » au Québec. Rapport au Comité permanent de lutte à la toxicomanie.*** Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Ne m'attrape pas si tu peux !

La sexualité et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes

Par Émile Piché, étudiant au baccalauréat en psychologie
Avec la collaboration d'André Tardif, coordonnateur des services de liaisons avec les communautés et de prévention au MIELS-Québec

SAVIEZ-VOUS QUE...

Des réponses à vos préoccupations cliniques

… les jeunes de 1989 étaient de 20 % à 30 % mieux informés que ceux de 2002 sur le VIH / sida (ex. façons de contracter le virus, moyens de protection, méthodes de détection) (Boyce, Doherty, Fortin & MacKinnon, 2003) ?

La sexualité chez les jeunes

L'adolescence amène son lot de changements dans la vie des jeunes, notamment au plan de la sexualité. Le corps se développe, les désirs amoureux et sexuels s'intensifient, ce qui incite certains jeunes à explorer leur sexualité avec une autre personne. On estime que l'âge moyen de la première relation sexuelle est de 15 ans. Vers 14 ans, près de 7 % des jeunes sont actifs sexuellement, et ce pourcentage s'élève à 45 % autour de 17 ans. Parmi ces jeunes, les garçons ont eu en moyenne 3,6 partenaires et les filles, 2,4 partenaires (Frappier, Duong & Malo, 2006). Le tableau 1 permet de comparer certaines pratiques sexuelles chez des jeunes Canadiens âgés de 14 à 17 ans et qui sont actifs sexuellement[1].

[1] Les jeunes devaient avoir expérimenté au moins une fois une pratique sexuelle. Il est à noter que les pourcentages associés aux différentes pratiques sexuelles sont beaucoup moins élevés lorsque la population de référence comprend l'ensemble des jeunes (et non seulement les jeunes actifs sexuellement).

Tableau 1 – Les pratiques sexuelles des jeunes actifs sexuellement

Pratiques sexuelles	Jeunes actifs sexuellement	
	Filles	Garçons
Masturbation mutuelle	Un peu plus de 50 %	
Relation orale	Environ 68 %	
Pénétration vaginale	89 %	80 %
Pénétration anale	11 %	8 %

(Données tirées de Frappier et al., 2006)

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

L'appellation **ITSS** a remplacé celle de maladies transmissibles sexuellement (MTS) afin d'inclure les infections qui se transmettent par le sang et celles qui ne présentent pas de symptômes (Lambert, Markowski & Minzunza, 2008). Cette nuance est importante puisque plusieurs jeunes contractent des ITSS souvent asymptomatiques. À titre d'exemple, l'incidence de la gonorrhée chez les filles de 15 à 19 ans a connu, entre 2004 et 2007, une augmentation de 250 % (Lambert et al., 2008). De même, les hommes de 15 à 24 ans représentent 49 % de la population masculine infectée par la chlamydia, alors que les femmes de cette tranche d'âge représentent 72 % des cas féminins (Lambert et al., 2008). La plus fréquente des ITSS, le virus du papillome humain (VPH), serait contractée par 20 % à 40 % des femmes de moins de 30 ans (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2008). Le tableau 2 présente les symptômes, les modes de transmission et les possibilité de traitement des ITSS les plus connues.

Tableau 2 – Principales ITSS, symptômes, modes de transmission et possibilités de traitement

Nom	Symptômes chez la femme	Symptômes chez l'homme	Modes de transmission[3]	Traitement
Chlamydia[1]	Pertes vaginales anormales, sensation de brûlure en urinant, douleur pendant et après le coït[2], saignement après le coït.	Écoulement d'un liquide clair ou blanchâtre de l'urètre, sensation de brûlure en urinant, démangeaisons à l'intérieur du pénis, douleur aux testicules.	Contact sexuel (O, V, A) non protégé	Curatif
Gonorrhée[1]	Mêmes symptômes que pour la chlamydia mais sous une forme plus aiguë, possibilité de douleurs ou d'écoulements rectaux.		Contact sexuel (O, V, A) non protégé	Curatif
Syphilis	Ulcère très contagieux disparaissant en 3 à 8 semaines, éruption cutanée avec rougeurs sans démangeaisons, syndrome grippal, verrues génitales planes.		Contact direct avec lésion contagieuse	Curatif
Trichomonase[4]	Enflure et douleurs dans la région du vagin, pertes vaginales verdâtres, abondantes, malodorantes et écumeuses, démangeaisons, miction (action d'uriner) douloureuse et fréquente.	Écoulement léger du pénis, sensation de brûlure en urinant, irritation et rougeurs dans la région du gland.	Contact sexuel (V)	Curatif
Gale	Démangeaisons intenses (surtout la nuit), sillons et bosses rouges aux plis de flexion (doigts, poignets, coudes, chevilles, taille, seins, aines, organes génitaux).		Contact étroit, sexuel ou non	Curatif
Morpions	Démangeaisons intenses dans la région du pubis, présence visible d'insectes bruns pâles (rouges-bruns lorsque gorgés de sang) et d'œufs blanchâtres (lentes) sur les poils du corps.		Contact étroit, sexuel ou non	Curatif
Hépatite B[1]	État général de malaise (perte d'appétit, fièvre légère, nausées, migraines, fatigue chronique, douleurs articulaires ou musculaires, malaises gastriques, douleurs abdominales, éruptions cutanées), jaunisse, urine foncée et selles décolorées.		Contact sexuel (O, V, A) et liquides organiques, aiguilles	Parfois palliatif, souvent curatif, vaccin préventif
Herpès génital[1]	Petites vésicules regroupées très douloureuses, crevant et donnant des ulcères qui guérissent en 3 semaines sans laisser de cicatrices (femmes : sur les lèvres, le col utérin et les parois vaginales ; hommes : sur le pénis, le gland et l'anus), picotements, augmentation des ganglions régionaux, syndrome grippal, difficulté à uriner.		Contact avec feux sauvages ou lésions actives, possible dans phase inactive	Palliatif
VPH	Condylomes (petites verrues roses, rouges, blanches ou grises sur les organes génitaux, sur l'anus, dans le rectum et dans la bouche), infection sur le col de l'utérus.		Contact génital peau à peau, muqueuses	Parfois palliatif, parfois curatif, vaccin préventif
VIH/sida	État grippal ressemblant à la mononucléose, fatigue chronique, perte de poids, enflure des ganglions lymphatiques, fièvre, migraines importantes, mal de gorge, selles sanguinolentes.		Contact sexuel et liquides organiques	Palliatif, incurable

(Tableau inspiré de l'Agence de santé publique du Canada [ASPC], 2007 ; Lacroix & Cloutier, 2006 ; MSSS, 2006)

1. Ces infections ne s'accompagnent pas toujours de symptômes.
2. Pénétration vaginale.
3. O = relation orale ; V = pénétration vaginale ; A = pénétration anale.
4. Cette infection est plus souvent asymptomatique chez les hommes.

Les ITSS peuvent être contractées de plusieurs façons. D'abord, certaines se transmettent par du **matériel souillé** ou des **aiguilles** servant aux tatouages, à l'injection de drogues ou à l'électrolyse[2]. Les données disponibles indiquent que plusieurs personnes infectées par des hépatites et le VIH / sida sont des utilisateurs de drogues injectables (Lambert et al., 2008). Les ITSS peuvent également se transmettre lors de **relations orales** par contact entre des liquides corporels (ex. sécrétions vaginales, sperme, liquide pré-éjaculatoire, sang, salive) et des lésions dans la bouche ou dans la région génitale (ASPC, 2007). Les **relations vaginales et anales** exposent à toutes les ITSS, les relations anales étant particulièrement à risque, car de petites déchirures peuvent facilement se créer sur la peau du rectum (ASPC, 2007).

Les possibilités de traitement varient beaucoup selon les ITSS : les infections bactériennes (ex. chlamydia, gonorrhée, syphilis, trichomonase) et les parasites (ex. gale et morpions) se guérissent, mais les infections virales (ex. hépatite C, herpès génital, VPH, VIH / sida) sont souvent incurables : les traitements réduisent la gravité de leurs symptômes et les risques de complications. Des vaccins préventifs ont été développés pour les hépatites A et B (MSSS, 2006) ainsi que pour les deux principales souches du VPH (MSSS, 2007).

Des complications graves sont à craindre si certaines ITSS ne sont pas traitées assez tôt. Par exemple, la chlamydia et la gonorrhée peuvent entraîner l'infertilité chez la femme et des difficultés permanentes à uriner chez l'homme, alors que l'infection par le VPH augmente les risques de développer le cancer du col de l'utérus (Lacroix & Cloutier, 2006). Pour prévenir ces complications, une personne active sexuellement devrait passer des tests de dépistage tous les ans (ASPC, 2007). Des échantillons d'urine et de sang suffisent pour dépister les ITSS suivantes : chlamydia, gonorrhée, syphilis, hépatites B et C, VIH / sida. Toutefois, le dépistage n'est pas possible pour toutes les ITSS et ne cible que celles qui sont les plus susceptibles d'être contractées (MSSS, 2006). De plus, il peut y avoir des « faux négatifs » (i.e. aucune infection n'est détectée alors que la personne est infectée) puisqu'il faut parfois plusieurs mois avant de pouvoir dépister certaines ITSS (MSSS, 2006).

[2]Pour plus de détails sur ce mode de transmission, consulter l'adresse électronique suivante : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?aid=50

Les facteurs associés aux pratiques sexuelles à risque

Au cours des années 1980, des efforts de prévention ont été déployés par plusieurs pays occidentaux pour limiter l'épidémie de sida qui faisait rage. La découverte de traitements efficaces pour atténuer les symptômes du sida et pour ralentir l'évolution du VIH a contribué à **banaliser la maladie** aux yeux de la population, faisant chuter l'efficacité des messages de prévention du VIH / sida et des autres ITSS (Lacroix & Cloutier, 2006).

Outre la « banalisation » du VIH / sida, le **manque de connaissances** des jeunes par rapport aux différentes ITSS constitue sans contredit l'un des facteurs de risque les plus importants. Les résultats d'une étude réalisée auprès d'élèves canadiens du secondaire révèlent que ceux-ci possèdent des connaissances limitées ou erronées sur les ITSS (Boyce et al., 2003). Par exemple, seulement la moitié des jeunes de 3e et 5e secondaire savent qu'une personne atteinte d'une MTS peut être asymptomatique. Aussi, certains jeunes croient à tort que les contraceptifs oraux les protègent des ITSS : un peu moins de 40 % des jeunes disent ne pas s'être servis du condom lors de leur dernière relation sexuelle parce qu'ils utilisaient un autre moyen de contraception. À certains égards, les connaissances semblent même avoir diminué avec le temps : les jeunes de 1989 étaient de 20 % à 30 % mieux informés que ceux de 2002 sur le VIH / sida (ex. façons de contracter le virus, moyens de protection, méthodes de détection) (Boyce et al., 2003). Qui plus est, l'étude montre que les jeunes pensent être bien informés alors qu'ils ont des lacunes importantes sur ce plan. Cette double ignorance est particulièrement inquiétante, car étant peu ou mal renseignés, des jeunes peuvent prendre des moyens inadéquats pour limiter les risques d'infection.

Certaines **croyances ou attitudes** des jeunes par rapport aux ITSS mènent aussi à des pratiques sexuelles à risque. Entre autres, les jeunes qui croient que leur partenaire a toujours utilisé un moyen de protection et n'a jamais contracté d'infections ou ceux qui cessent d'utiliser le condom lorsqu'ils connaissent mieux leur partenaire sont plus à risque de contracter une ITSS (Lacroix & Cloutier, 2006). De plus, le sentiment d'invulnérabilité et la pensée magique qui amènent les jeunes à croire que « les ITSS, c'est seulement pour les autres » peuvent entraîner des comportements à risque (MSSS, 2008).

La **consommation d'alcool et de drogues** avant une relation sexuelle est relativement fréquente chez les jeunes (38 % des garçons et 21 % des filles de 5e secondaire). Elle peut diminuer l'état de vigilance et altérer le jugement. D'ailleurs, jusqu'à 6 % des jeunes de 5e secondaire disent ne pas avoir utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle en raison d'une consommation de substance(s) psychoactive(s) (Boyce et al., 2003).

La **pression sociale** subie par les jeunes sur le plan sexuel constitue également un facteur de risque non négligeable. Que ce soit à la télévision, au cinéma ou sur Internet, les jeunes sont exposés à une multitude de contenus à caractère sexuel qui contribuent à banaliser la sexualité et à renforcer certains stéréotypes (Lacroix & Cloutier, 2006). La plupart du temps, ces contenus « glorifient les actes sexuels sans même suggérer la protection » (MSSS, 2008, p. 8), influençant les perceptions des jeunes quant à la sexualité et aux normes en la matière. Les jeunes intègrent ces messages et les diffusent entre eux, de sorte que même ceux qui ne sont pas encore actifs sexuellement ressentent une pression à expérimenter différentes activités sexuelles (Campanelli, 2006).

L'éducation à la sexualité

Aborder la question de la sexualité avec des jeunes demande beaucoup de flexibilité, car il faut adapter les interventions en fonction de leurs connaissances, de leur expérience et de leur aisance à en discuter. L'éducation à la sexualité doit se faire dans le respect, avec ouverture, nuance et délicatesse (Campanelli, 2006). La simplicité, la créativité et la diversité des activités éducatives peuvent également faciliter les échanges avec un jeune (Ministère de l'Éducation du Québec [MEQ] & MSSS [MEQ-MSSS], 2003). Lorsqu'un jeune parle des relations amoureuses ou sexuelles de ses amis, l'intervenant peut saisir l'occasion pour discuter de sexualité avec lui (Pelletier, 2007). L'intervenant doit accepter d'être étonné par certaines questions des jeunes et rester franc sur les limites de ses connaissances personnelles (MEQ-MSSS, 2003). Il peut aussi se questionner sur sa vision de la sexualité en général et sur celle des adolescents, déterminer la perception qu'il aurait de la sexualité s'il était un adolescent dans le monde actuel et en discuter avec des collègues (Pelletier, 2007).

Bien que le réalisme soit essentiel en intervention, il faut éviter d'utiliser un ton moralisateur et plutôt « se coller à la vie des jeunes, sans quoi le message sera rejeté » (MSSS, 2008, p. 9). Métaphoriquement, les jeunes peuvent concevoir la sexualité comme un manège dans un parc d'attractions (Pelletier, 2007) : ils portent davantage attention au plaisir qu'ils peuvent en retirer qu'aux dangers auxquels ils s'exposent en l'essayant. En reprenant cette même image, il est possible de sensibiliser le jeune au fait que l'on s'abandonne davantage au plaisir d'un manège lorsque l'on sait que ce dernier est sécuritaire (Pelletier, 2007).

L'éducation à la sexualité devrait, entre autres, porter sur la **sensualité** (i.e. plaisir éprouvé avec les cinq sens) et la **créativité** (Bérard, 2008). Hautement sollicités, les sens s'habituent aux stimuli extrêmes et réagissent moins aux stimulations plus subtiles reliées notamment à l'expression de la sensualité (Premo & Geet Éthier, 1995, dans Bérard, 2008) qui permettent des relations sexuelles très satisfaisantes, même si le condom est utilisé. Contrairement à la recherche du « plaisir à tout prix » par des sensations sexuelles très intenses, la sensualité propose la « découverte graduelle de la satisfaction sexuelle et offre un plaisir garanti » (MEQ-MSSS, 2003, p. 30). La créativité, quant à elle, peut être encouragée dans la stimulation des cinq sens et des zones érogènes de l'ensemble du corps (Bérard, 2008).

Les **motivations** et les **valeurs** constituent un autre volet important de l'éducation à la sexualité. L'intervenant peut amener le jeune à déterminer ce qu'il espère retirer d'une relation sexuelle (ex. admiration, approbation, attention, affection, amour) (Lacroix & Cloutier, 2006) et évaluer si les valeurs auxquelles il adhère (valeurs de référence) correspondent à celles qu'il met en pratique (valeurs de préférence) (Bérard, 2008). De plus, l'intervention devrait aider le jeune à reconnaître les représentations de la sexualité véhiculées par différents médias et à prendre conscience de leurs limites et de leur influence sur sa propre vision de la sexualité et sur celle des jeunes de son âge (Bérard, 2008). Par la suite, le jeune pourra prendre des décisions qui correspondent à ses valeurs et à ses motivations personnelles.

Enfin, les **questions relationnelles** devraient être discutées avec les jeunes (Bérard, 2008). En effet, plusieurs d'entre eux considèrent qu'il leur manque d'information sur la violence conjugale et sur « tous les aspects émotionnels et de la communication entre adolescents et entre parents-adolescents » (Frappier et al., 2006, p. 13). Par exemple, on peut parler de désir, de séduction, de communication, de complicité, d'intimité, de sentiments, d'émotions, de partage ou de volonté de plaire (Bérard, 2008 ; Campanelli, 2006 ; Pelletier, 2007). Si un jeune accorde de l'importance à la relation qu'il entretient avec son ou sa partenaire, il est plus probable qu'il décide de protéger leur santé sexuelle en utilisant le condom.

Les pratiques sexuelles à privilégier

Les comportements sexuels sécuritaires peuvent être abordés sous trois angles : l'abstinence, l'utilisation du condom et la réduction des méfaits. Bien qu'il semble radical de parler d'**abstinence** à un jeune actif sexuellement, il s'agit néanmoins du meilleur moyen d'éviter de contracter une ITSS. Trente-neuf pour cent des jeunes actifs sexuellement et 78 % des autres jeunes disent considérer l'abstinence comme une option valable et 80 % jugent « qu'on ne fait pas suffisamment la promotion de l'abstinence chez les adolescents » (Frappier et al., 2006, p. 15). L'intervenant peut discuter de l'abstinence avec les jeunes pour qu'ils en aient une vision plus positive et qu'ils considèrent davantage cette alternative.

L'**utilisation du condom** risque d'être plus populaire que l'abstinence auprès des jeunes parce qu'elle permet de concilier la protection contre les ITSS, la contraception et l'activité sexuelle, à la condition de respecter le mode d'emploi (Lacroix & Cloutier, 2006). Même si près de 90 % des jeunes prévoient utiliser le condom dans leurs prochains rapports sexuels (Boyce et al., 2003), 76 % disent l'avoir fait lors de leurs dernières relations sexuelles (Frappier et al., 2006). Bien que l'utilisation du condom comporte divers inconvénients (voir le tableau 3), il permet de profiter pleinement de la relation sexuelle en libérant les partenaires des préoccupations liées aux relations sexuelles non protégées (Pelletier, 2007) et atténue les problèmes d'éjaculation précoce vécus par certains garçons (Lacroix & Cloutier, 2006).

Tableau 3 – Inconvénients associés au condom et solutions pour y remédier

Inconvénients	Solutions
Réduit les sensations	Appliquer une goutte de lubrifiant à l'intérieur, utiliser un condom mince
Diminue la spontanéité	Préparer les condoms à l'avance, les faire installer par le ou la partenaire
Suscite de la gêne	Laisser les condoms à la vue, les installer sans en parler, dire ce que l'on ressent, utiliser l'humour
Laisse croire à une absence de confiance	Parler de marque de respect

(Tableau adapté de Lacroix & Cloutier, 2006)

La **réduction des méfaits**, souvent appelée « sécurisexe » ou « *safer sex* », consiste en des pratiques sexuelles, dont l'utilisation du condom, qui réduisent grandement les risques d'infection. Par exemple, le « sécurisexe » recommande de ne pas prendre de sperme ou de sang menstruel dans la bouche lors de relations orales (Aide Suisse contre le Sida, 2006).

Si un jeune contracte une ITSS

Il faut s'attendre à toutes sortes de réactions de la part d'un jeune qui reçoit un diagnostic d'ITSS : honte, colère, anxiété, etc. De plus, cette situation peut engendrer des problèmes sexuels et conjugaux et changer la perception qu'a le jeune de son image corporelle. Pour ces raisons et pour prévenir les complications, il est important que le jeune soit suivi par un professionnel de la santé. Paradoxalement, le diagnostic d'une ITSS peut aussi avoir certains côtés positifs, notamment d'amener le jeune à réfléchir sur ses comportements sexuels et sur l'importance qu'il accorde à sa santé, à rectifier ses connaissances et à développer sa capacité d'affirmation (Lacroix & Cloutier, 2006).

Références

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA [ASPC]. (2007). ***ITS : les infections transmissibles sexuellement.*** Consulté en mai 2008 sur le site WEB de l'Agence de santé publique du Canada : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/std-mts/pdf/sti_pamph_f.pdf

AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA (2006). ***Protection : Safer Sex et Safer Use.*** Consulté en juillet 2008 sur le site WEB de l'Aide Suisse contre le Sida : http://www.aids.ch/f/information/hiv_aids/schutz.php

BÉRARD, A.-M. (2008). La relation sexuelle : revue et recadrée ! ***Ça sexprime,*** *11*, 1-16.

BOYCE, W., DOHERTY, M., FORTIN, C., & MACKINNON, D. (2003). ***Étude sur les jeunes, la santé sexuelle, le VIH et le sida au Canada.*** Toronto : Conseil des ministres de l'Éducation du Canada.

CAMPANELLI, N. (2006). Où en est l'intimité dans les relations sexuelles des adolescents ? La particularité des relations orales-génitales. ***Ça sexprime,*** *6*, 1-12.

FRAPPIER, J.-Y., DUONG, J., & MALO, A. (2006). Connaissances, attitudes et comportements en sexualité d'adolescents et de mères d'adolescents au Canada. ***Pro Ado,*** *15* (1-2), 1-19.

LACROIX, C., & CLOUTIER, R. (2006). La santé sexuelle, ça se protège ! ***Ça sexprime,*** *4*, 1-24.

LAMBERT, G., MARKOWSKI, F., & MINZUNZA, S. (2008). ***Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec.*** Consulté en juillet 2008 sur le site WEB du ministère de la Santé et des Services sociaux : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-329-01.pdf

MINISTERE DE L'ÉDUCATION DU QUEBEC, & MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [MEQ-MSSS]. (2003). ***L'éducation à la sexualité dans le contexte de la réforme de l'éducation.*** Québec : Ministère de l'Éducation.

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [MSSS] (2008). ***Campagne de sensibilisation et d'information 2008-2009, soutenant la prévention des ITS chez les jeunes.*** Consulté en juin 2008 sur le site WEB du ministère de la Santé et des Services sociaux : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?campagne_2007_2008

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [MSSS] (2007). ***Vaccin contre l'infection par le virus du papillome humain (VPH). « La vaccination, une bonne protection ».*** Consulté en juin 2008 sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/feuillets/f27b.pdf

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [MSSS] (2006). ***Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang.*** Consulté en juin 2008 sur le site WEB du ministère de la Santé et des Services sociaux : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-317-03.pdf

PELLETIER, J. (2007). ***Entre les transformations, les frissons, les passions… et toutes les questions : petit guide à l'usage des parents pour discuter de sexualité avec leur adolescent.*** Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

« Chat » va bien ?

La zoothérapie et les jeunes

Par Isabelle Fournier, étudiante à la maîtrise en service social
Avec la collaboration de Valérie Gosselin, M.Ps., co-directrice et psychologue à la Clinique Amis-Maux Inc.

SAVIEZ-VOUS QUE…

Des réponses à vos préoccupations cliniques

… les animaux aident les jeunes à traverser certaines épreuves difficiles telles que la séparation des parents ou le placement hors du milieu familial (Katcher & Beck, 1983 ; Mallon, 1994a) ?

Les animaux sont omniprésents dans la vie des jeunes, que ce soit à la maison, chez un voisin, dans la littérature, les films ou les jeux (Beck & Katcher, 2003). On estime que 70 % des jeunes se confient régulièrement à un animal (Serpell, 2000). Qui plus est, les propriétaires d'animaux considèrent généralement ceux-ci comme des membres à part entière de leur famille (McNicholas et al., 2005).

Les bienfaits des animaux sur les jeunes

La majorité des études démontrent que les contacts avec des animaux procurent des bienfaits physiques et psychologiques importants chez les jeunes (Beck & Katcher, 2003 ; Martin & Farnum, 2002). Parmi les **bienfaits physiques**, on note une diminution de la pression sanguine (Friedmann, Katcher, Thomas, Lynch & Messent, 1983) et du rythme cardiaque (Martin & Farnum, 2002) en présence de l'animal. Les propriétaires de certains animaux (ex. chien, cheval) sont également en meilleure forme physiquement puisque leur animal les oblige à bouger (Brodie & Biley, 1999).

Sur le **plan psychologique**, les animaux offrent un soutien important aux jeunes, font partie intégrante de leur réseau social et surclassent même certaines relations humaines en termes d'importance (McNicholas & Collis, 2001). Comme ils ne jugent pas et n'ont pas d'attentes, ils sont une source inconditionnelle d'acceptation, d'amour et d'affection (Brodie & Biley, 1999 ; Clinique

Amis-Maux, 2008 ; Katcher & Beck, 1983). Ils facilitent la création de liens affectifs tout en diminuant le sentiment de solitude (Endenburg & Baarda, 1995 ; Mallon, 1994b ; McNicholas et al., 2005 ; Melson, 2003). Les animaux favorisent aussi les jeux, le rire, le plaisir, l'harmonie (Brodie & Biley, 1999 ; Clinique Amis-Maux, 2008 ; Endenburg & Baarda, 1995 ; Parish-Plass, 2008) et apaisent les chagrins et l'anxiété (Friedmann et al., 1983 ; Martin & Farnum, 2002).

La naissance et la mort d'un animal sont des expériences riches en apprentissages et propices aux discussions. Par exemple, la venue au monde d'un animal représente une occasion privilégiée pour parler de sexualité et expliquer le commencement de la vie (Endenburg & Baarda, 1995). La mort d'un animal peut, quant à elle, être vécue douloureusement, voire dramatiquement par un jeune. Il est donc important de discuter ouvertement des sentiments de ce dernier et de les normaliser, car la façon dont ses proches composeront avec cette situation aura un impact sur sa perception de la mort en général (Endenburg & Baarda, 1995).

Outre ces bienfaits, les animaux peuvent également contribuer au développement :

- des relations sociales (Brodie & Biley, 1999 ; Mallon, 1994b ; McNicholas et al., 2005) ;
- des habiletés de communication (Filiatre, Millot & Montagner, 1983 et Guttman, Predovic & Zemanek, 1983, dans Beck & Katcher, 2003) ;
- de l'estime de soi (Beck & Katcher, 2003 ; Clinique Amis-Maux, 2008 ; Endenburg & Baarda, 1995 ; Martin & Farnum, 2002 ; Reichert, 1998) ;
- de l'empathie (Levinson, 1969 ; Parish-Plass, 2008) ;
- du sens des responsabilités (Beck & Katcher, 2003 ; Clinique Amis-Maux, 2008 ; Endenburg & Baarda, 1995 ; Melson, 2003) ;
- de la tolérance et de l'auto-contrôle (Levinson, 1969).

Pour toutes ces raisons, les animaux aident les jeunes à traverser certaines épreuves difficiles telles que la séparation des parents ou le placement hors du milieu familial (Katcher & Beck, 1983 ; Mallon, 1994a).

La zoothérapie

La zoothérapie a été développée dans les années 1960 par Boris Levinson, psychologue américain pour enfants (Endenburg & Baarda, 1995). À partir des années 1990, l'intérêt pour cette approche d'intervention alternative n'a cessé de croître. Aujourd'hui, elle se pratique auprès de clientèles variées de tous âges. La zoothérapie est menée par un intervenant qualifié et un animal entraîné dans un but clinique ou récréatif (Clinique Amis-Maux, 2008). Elle peut être pratiquée auprès de personnes qui présentent différentes difficultés : isolement, manque de stimulation sensorielle, handicap physique, délinquance, faible estime de soi, violence, difficultés d'apprentissage, troubles de comportement et

retards développementaux (Zoothérapie Québec, 2008). Le recours à la zoothérapie n'est pas recommandé avec des jeunes impulsifs ou qui ont une histoire de cruauté envers les animaux (Mallon, 1994b ; Reichert, 1998). Elle comprend deux principaux volets, soit la thérapie assistée par l'animal (TAA) et les activités assistées par l'animal (AAA).

La thérapie assistée par l'animal (TAA)

La thérapie assistée par l'animal s'inscrit à l'intérieur d'une démarche d'intervention qui fait appel aux animaux comme « outils » et médiateurs afin d'atteindre des objectifs thérapeutiques précis (Clinique Amis-Maux, 2008 ; Parish-Plass, 2008). Ces objectifs doivent être clairement définis et leur atteinte doit être évaluée. Elle vise notamment à mieux comprendre le jeune, à faciliter l'expression de ses émotions, à susciter une introspection, à apporter un changement et à augmenter sa qualité de vie (Parish-Plass, 2008). Elle s'exerce individuellement ou en groupe (Parish-Plass, 2008).

Lors de la première rencontre, l'intervenant présente l'animal au jeune en lui demandant, par exemple, s'il a déjà eu un animal dans sa famille, quel type de relation il entretenait avec lui ou, s'il n'en a jamais eu, lequel il aimerait avoir. Face à un enfant en bas âge ou à un jeune timide, l'intervenant peut passer par l'animal pour lui poser des questions (ex. « Fido aimerait savoir comment tu te sens ? ») (Reichert, 1998). Lorsque le jeune est à l'aise en présence de l'animal, des comparaisons entre le comportement humain et le comportement animal sont faites (Gonski, 1985). L'intervenant présente également au jeune des mises en situation qui mettent en scène l'animal et lui demande de nommer des conséquences ou des solutions concernant un comportement ou un problème (Gonski, 1985). La TAA peut aussi prendre la forme de jeux de rôles auxquels l'intervenant, le jeune et l'animal participent.

Les activités assistées par l'animal (AAA)

Les activités assistées par l'animal visent à augmenter la motivation et la participation des personnes à des activités récréatives et de loisirs afin d'améliorer leur qualité de vie (Clinique Amis-Maux, 2008). Elles s'effectuent sur une courte période de temps et se déroulent généralement en groupe, sans nécessairement avoir d'objectifs thérapeutiques précis à atteindre (Clinique Amis-Maux, 2008). Aucune évaluation n'est donc requise. Les AAA incluent : la visite animalière (ex. un intervenant et un animal rendent visite aux jeunes placés dans une unité de réadaptation), l'animation animalière (ex. des ateliers sont offerts à l'école sur la prévention des morsures ou sur les différents animaux) et le service animalier (ex. le jeune s'occupe des poissons ou de l'oiseau accueilli dans son foyer de groupe) (Institut de zoothérapie du Québec, 2007). Les intervenants doivent veiller à bien préparer la tenue d'une AAA afin de maximiser les chances de succès : échanger avec les jeunes sur la façon adéquate d'interagir avec les animaux ; les aider à préparer des questions à poser aux zoothérapeutes ; évaluer la pertinence pour chaque jeune de participer aux activités ; déterminer qui ne pourra pas en profiter (ex. allergie importante, peur des animaux) ; planifier la séparation du jeune et de l'animal si nécessaire (Jalongo, Astorino & Bomboy, 2004 ; Parshall, 2003).

L'efficacité et les avantages de la zoothérapie

Il existe très peu d'études portant sur l'efficacité de la zoothérapie en contexte spécifique de protection de la jeunesse. Par contre, selon la littérature, la zoothérapie s'avère particulièrement appropriée pour les jeunes victimes d'abus ou de négligence. En raison de leurs expériences passées avec les adultes de leur famille, ces jeunes ont tendance à se méfier des relations avec les adultes en général et sont susceptibles de devenir eux-mêmes abuseurs ou négligents. La présence d'un animal en thérapie aide à diminuer les craintes, les appréhensions, l'anxiété et la méfiance de ces jeunes envers l'intervenant (Parish-Plass, 2008 ; Reichert, 1998). On attribue souvent à ce dernier des qualités similaires à l'animal qui l'accompagne (ex. amical, accessible, sans préjugés, authentique) (Clinique Amis-Maux, 2008 ; Reichert, 1998). L'animal permet également de développer de nouvelles stratégies d'adaptation pouvant mettre fin au cycle de l'abus (Parish-Plass, 2008). Le tableau suivant présente quelques études démontrant l'efficacité de la zoothérapie auprès des jeunes.

Tableau 1 – Exemples d'études démontrant l'efficacité de la zoothérapie

Étude	Échantillon	Type de zoothérapie	Efficacité de la zoothérapie
Mallon (1994a)	Jeunes (7 à 16 ans) suivis par les services de l'enfance et hébergés en centre de réadaptation.	Petite ferme avec animaux à proximité du centre de réadaptation (AAA).	Augmentation du sentiment de bien-être après une visite à la ferme. Développement plus rapide du lien de confiance. Développement du sens des responsabilités. Aide à la réadaptation.
Mallon (1994b)	Jeunes (7 à 16 ans) suivis par les services de l'enfance et hébergés en centre de réadaptation.	Chiens présents dans le centre et les unités de réadaptation (AAA).	Source d'amour, de compagnie et d'affection. Référence aux chiens lors d'émotions intenses (ex. colère, tristesse). Développement du sens des responsabilités.
Martin & Farnum (2002)	Enfants âgés de 3 à 13 ans souffrant d'un trouble envahissant du développement.	Trois rencontres par semaine pendant 15 semaines : une rencontre avec une balle, une avec un chien en peluche et une avec un vrai chien (TAA).	Humeur plus joyeuse. Augmentation de l'énergie. Augmentation de l'attention. Initiation plus fréquente de conversations et d'échanges avec l'intervenant.
Kogan, Granger, Fitchett, Helmer & Young (1999)	Garçons de 11 et 12 ans souffrant d'un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité.	Une rencontre par semaine pendant 12 semaines (TAA).	Augmentation des confidences. Amélioration de l'attention en classe. Développement de certaines habiletés sociales (ex. interactions avec les pairs). Diminution de l'hyperactivité et des comportements oppositionnels. Sentiment d'être plus en contrôle.
Verret (2006)	Enfants hospitalisés en oncologie au Centre hospitalier universitaire de Québec.	Visite d'un chien pendant une journée lors d'une période d'hospitalisation de l'enfant (AAA).	Amélioration du bien-être psychologique (ex. plus heureux, souriant). Meilleure acceptation de l'hospitalisation. Augmentation de la réceptivité au traitement. Satisfaction du personnel en regard de l'activité (ex. tâche non-alourdie).

Ajoutons qu'en tant que « co-intervenant », l'animal :

- rend l'intervention plus chaleureuse, agréable, conviviale et moins intimidante (Clinique Amis-Maux, 2008 ; Parish-Plass, 2008) ;
- provoque des rires et de l'excitation, même chez les jeunes les plus hostiles et les plus isolés placés dans les organismes de services à l'enfance (Gonski, 1985) ;
- facilite la création du lien de confiance entre le jeune et l'intervenant (Gonski, 1985 ; Mallon, 1994a ; Mallon, 1994b ; Parish-Plass, 2008) ;
- aide le jeune à être plus réceptif en diminuant sa résistance à l'inconnu (Clinique Amis-Maux, 2008) ;
- maintient l'attention du jeune et suscite sa curiosité (Melson, 2003) ;
- encourage le jeune à être plus ouvert et l'aide à discuter de choses personnelles (Parish-Plass, 2008 ; Reichert, 1998) ;
- encourage les comportements naturels et spontanés ainsi que les communications et les interactions (Parish-Plass, 2008) ;
- sert « d'outil » pour développer des stratégies et des habiletés qui pourront être adoptées avec les pairs (Bernatchez, 2008 ; Parish-Plass, 2008) ;
- permet de travailler des thèmes comme la séparation, la perte, le deuil, l'affection et l'acceptation de soi (Parish-Plass, 2008 ; Reichert, 1998) ;
- permet d'obtenir de l'information sur le jeune, sa capacité à entrer en relation et ses systèmes de communication (Bernatchez, 2008) ;
- augmente le sens des responsabilités (Kogan et al., 1999 ; Mallon, 1994a ; Mallon, 1994b) ;
- procure au jeune le sentiment d'exercer un certain contrôle (ex. activités à faire avec l'animal), permettant de remplacer ce qu'il a appris dans son milieu familial (Parish-Plass, 2008) ;
- apporte du réconfort lorsque le jeune a besoin de proximité physique (Parish-Plass, 2008) ;
- agit comme figure d'attachement (Parish-Plass, 2008).

Les risques potentiels associés à la zoothérapie

Malgré ses nombreux avantages, la zoothérapie comporte certains risques. Parmi ceux-ci figure la transmission de maladies et d'infections par les animaux. Par contre, l'observation de quelques mesures d'hygiène et de sécurité réduit grandement ces risques : lavage des mains avant et après la visite de l'animal, visite d'un animal entraîné à ne pas lécher ou gratter et bonne santé de l'animal (Brodie, Biley & Shewring, 2002). La sécurité des jeunes qui reçoivent la visite d'un animal peut également être assurée en choisissant un animal et un intervenant certifiés. Cette certification atteste que, en plus d'être en santé, l'animal a un bon tempérament, qu'il est obéissant et que l'intervenant a complété une formation en zoothérapie (Jalongo et al., 2004). Il est aussi possible de diminuer les réactions allergiques de 95 % si l'animal bénéficie de soins d'hygiène adéquats (Ownby, Johnson & Peterson, 2002) et s'il est baigné et soigné immédiatement avant l'intervention (Jalongo et al., 2004). Pour les jeunes fortement allergiques, des mesures peuvent être adoptées afin de diminuer la réaction allergique (ex. observer l'activité en demeurant à distance de l'animal, présenter l'activité dans un endroit bien aéré ou à l'extérieur). Il importe par contre de clarifier la nature de l'allergie du jeune et d'en parler à son médecin avant de le faire participer à une telle activité (Jalongo et al., 2004).

Pour en savoir plus sur la zoothérapie

Clinique Amis-Maux : www.amis-maux.com

Institut de zoothérapie du Québec : www.institutdezootherapie.qc.ca

Zoothérapie Québec : www.zootherapiequebec.ca

Références

BECK, A.M., & KATCHER, A.H. (2003). Future directions in human-animal bond research. ***American Behavioral Scientist,*** *47* (1), 79-93.

BERNATCHEZ, A. (2008). ***Dossier : école Charles-Bruneau – Projet d'expérimentation.*** Consulté en mai 2008 sur le site WEB de Zoothérapie Québec : http://www.zootherapiequebec.ca/index.php?option=com_content&task=view&id=70&Itemid=47

BRODIE, S.J., & BILEY, F.C. (1999). An exploration of the potential benefits of pet-facilitated therapy. ***Journal of Clinical Nursing,*** *8* (4), 329-337.

BRODIE, S.J., BILEY, F.C., & SHEWRING, M. (2002). An exploration of the potential risks associated with using pet therapy in health care settings. ***Journal of Clinical Nursing,*** *11* (4), 444-456.

CLINIQUE AMIS-MAUX. (2008). ***Thérapie assistée par l'animal.*** Consulté en juin 2008 sur le site WEB de Clinique Amis-Maux : http://www.amis-maux.com/index.php?p=approches#taa

ENDENBURG, N., & BAARDA, B. (1995). The role of pets in enhancing human well-being : Effects on child development. Dans Robinson, I., ***The Waltham Book of Human-Animal Interactions : Benefits and Responsibilities of Pet Ownership*** (pp. 7-17). New York : Pergamon.

FRIEDMANN, E., KATCHER, A.H., THOMAS, S.A., LYNCH, J.J., & MESSENT, P.R. (1983). Social interaction and blood pressure : Influence of animal companions. ***The Journal of Nervous and Mental Disease,*** *171* (8), 461-465.

GONSKI, Y.A. (1985). The therapeutic utilization of canines in a child welfare setting. ***Child and Adolescent Social Work,*** *2* (2), 93-105.

INSTITUT DE ZOOTHÉRAPIE DU QUÉBEC. (2007). ***Le service d'animation.*** Consulté en juin 2008 sur le site WEB de l'Institut de zoothérapie du Québec : http://www.institutdezootherapie.qc.ca/services0.asp

JALONGO, M.R., ASTORINO, T., & BOMBOY, N. (2004). Canine visitors : The influence of therapy dogs on young children's learning and well-being in classrooms and hospitals. ***Early Childhood Education Journal,*** *32* (1), 9-16.

KATCHER, A.H., & BECK, A.M. (1983). ***New Perspectives on Our Lives With Companion Animals.*** Philadelphia : University of Pennsylvania.

KOGAN, L.R., GRANGER, B.P., FITCHETT, J.A., HELMER, K.A., & YOUNG, K.J. (1999). The human-animal team approach for children with emotional disorders : Two case studies. ***Child & Youth Care Forum,*** *28* (2), 105-121.

LEVINSON, B.M. (1969). ***Pet-Oriented Child Psychotherapy.*** Springfield : Charles C. Thomas.

MALLON, G.P. (1994a). Cow as co-therapist : Utilization of farm animals as therapeutic aides with children in residential treatment. ***Child and Adolescent Social Work Journal,*** *11* (6), 455-474.

MALLON, G.P. (1994b). Some of our best therapists are dogs. ***Child & Youth Care Forum,*** *23* (2), 89-101.

MARTIN, F., & FARNUM, J. (2002). Animal-assisted therapy for children with pervasive developmental disorders. ***Western Journal of Nursing Research,*** *24* (6), 657-670.

MCNICHOLAS, J., & COLLIS, G.M. (2001). Children's representations of pets in their social networks. ***Child : Care, Health and Development,*** *27* (3), 279-294.

MCNICHOLAS, J., GILBEY, A., RENNIE, A., AHMEDZAI, S., DONO, J.-A., & ORMEROD, E. (2005). Pet ownership and human health : A brief review of evidence and issues. ***British Medical Journal,*** *331* (7527), 1252-1254.

MELSON, G.F. (2003). Child development and the human-companion animal bond. ***American Behavioral Scientist,*** *47* (1), 31-39.

OWNBY, D.R., JOHNSON, C.C., & PETERSON, E.L. (2002). Exposure to dogs and cats in the first year of life and risk of allergic sensitization at 6 to 7 years of age. ***Journal of the American Medical Association,*** *288*, 963-972.

PARISH-PLASS, N. (2008). Animal-assisted therapy with children suffering from insecure attachment due to abuse and neglect : A method to lower the risk of intergenerational transmission of abuse ? ***Clinical Child Psychology and Psychiatry,*** *13* (1), 7-30.

PARSHALL. D.P. (2003). Research and reflection : Animal-assisted therapy in mental health settings. ***Counseling and Values,*** *48*, 47-56.

REICHERT, E. (1998). Individual counselling for sexually abused children : A role for animals and storytelling. ***Child and Adolescent Social Work Journal,*** *15* (3), 177-185.

SERPELL, J.A. (2000). Creatures of the unconscious : Companion animals as mediators. Dans Podberscek, A.L., Paul, E.S., & Serpell, J.A., ***Companion Animals and Us : Exploring the Relationship Between People and Pets*** (pp. 108-124). New York : Cambridge University Press.

VERRET, P. (2006, avril). ***La magie d'un rêve. Programme de zoothérapie en oncologie pédiatrique, Centre mère enfant du centre hospitalier universitaire de Québec.*** Québec : PowerPoint présenté au Congrès du Réseau des soins palliatifs du Québec.

ZOOTHÉRAPIE QUÉBEC. (2008). ***Du lien homme-animal à la zoothérapie.*** Consulté en juin 2008 sur le site WEB de Zoothérapie Québec :
http://www.zootherapiequebec.ca/index.php?option=com_content&task=view&id=44&Itemid=46

S'adapter au changement… pas toujours évident

Les modifications apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)

Par Patrick Arial, étudiant à la maîtrise en psychoéducation
Avec la collaboration de Chantal Beauregard, B.Sc., coordonnatrice
des services de réadaptation interne au Centre jeunesse de la Montérégie

SAVIEZ-VOUS QUE…

Des réponses à vos préoccupations cliniques

… la résistance au changement est la norme plutôt que l'exception (Visinand, 2003) ?

Le changement et la résistance au changement : phénomènes interreliés ?

Synonyme de modification et de transformation, le changement se rapporte à ce qui évolue, se modifie, ne reste pas stable (Le Nouveau Petit Robert de la langue française, 2009). Il représente le passage d'un état à un autre et nécessite généralement un effort d'adaptation afin de retrouver un état d'homéostasie. Parfois souhaité et positif, d'autres fois perçu négativement ou vécu contre son gré, le changement demeure néanmoins un incontournable dans la vie. Héraclite disait d'ailleurs « rien n'est permanent, sauf le changement ». Bien qu'il place souvent l'individu en situation de déséquilibre pour un certain temps, le changement est une étape nécessaire afin d'évoluer (Tremblay, 2004).

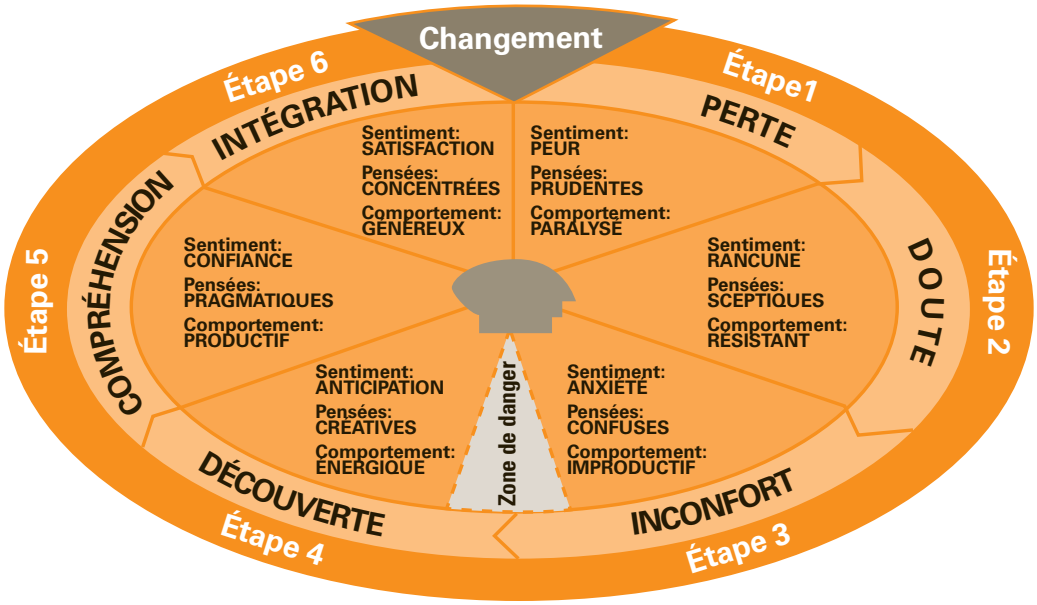
Mais qui dit changement, dit résistance au changement (Bareil & Boffo, 2003) ! « À toute variation de son milieu susceptible d'entraîner une modification de ses normes, de ses équilibres, l'organisme répond en opposant une réaction compensatrice » (Saget, dans Tremblay, 2004, p.203). La résistance au changement constitue donc une réaction naturelle d'un système qui tente de maintenir un état d'équilibre relatif (Huot, 2003). Elle se définit comme « l'expression implicite ou explicite de réactions négatives à l'endroit de l'intention de changement. Il s'agit de l'émergence de forces restrictives en vue de limiter ou de faire obstruction à la tentative de changement » (Collerette, Delisle & Perron, 1997, dans Huot 2003, p.21). La résistance au changement est la norme plutôt que l'exception (Visinand, 2003).

Cette résistance s'explique, entre autres, par le fait que l'individu doit quitter sa zone de confort pour s'aventurer vers de nouvelles avenues souvent empreintes d'incertitudes. Il doit s'adapter au contexte émergent, se familiariser avec des tâches et des responsabilités inhabituelles, apprendre et adopter de nouveaux comportements et, surtout, abandonner les habitudes qui faisaient partie de son quotidien (Bareil, 2004). En fait, selon Tremblay (2004), le plus exigeant lors d'une période de changement est de prendre conscience des avantages de ce changement pour soi-même et pour les autres, et ce, malgré les doutes possibles quant à la validité et à la faisabilité du changement.

Le cycle du changement

Certains auteurs conçoivent le changement de manière cyclique, c'est-à-dire comme une succession d'étapes nécessaires avant d'en arriver à une intégration pleine et entière du changement amorcé. Par exemple, le groupe IRIS Consultants & Partners préconise un modèle de changement en milieu organisationnel à l'intérieur duquel figurent les pensées, les sentiments et les comportements associés à six étapes de changement : la **perte**, le **doute**, l'**inconfort**, la **découverte**, la **compréhension** et l'**intégration** (voir la figure 1) (Labonté & Desbordes, 2003). Dans le même ordre d'idées, les phases de changement peuvent s'apparenter au processus de deuil, surtout lorsqu'il s'agit d'un changement imposé et subi. L'intensité de chacune des phases de ce processus (i.e. choc / déni, colère, marchandage, dépression, acceptation)[1] est tributaire de l'ampleur du changement vécu ou de l'importance accordée par l'individu à ce changement.

Figure 1 – Le cycle du changement
(Figure tirée de Labonté & Desbordes du groupe IRIS Consultants & Partners, 2003)



[1] Pour plus de détails, consulter le livre ***On Death and Dying. What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy, and Their Own Families*** (Kübler-Ross, 1969).

Les modifications de la LPJ : un vent de changement pour les centres jeunesse

Depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) en juillet 2007, les centres jeunesse du Québec traversent une ère de changement importante. Dans le sillage des modifications législatives adoptées, le travail en contexte de protection de la jeunesse a connu de profondes transformations qui affectent autant l'intervention psychosociale que la réadaptation. Il va sans dire que cette vague de bouleversements s'accompagne d'une période de déséquilibre et d'incertitudes, pouvant mener à une résistance au changement.

Tel que mentionné précédemment, une réaction de résistance est tout à fait légitime, d'autant plus que certaines réalités relatives aux modifications apportées à la LPJ peuvent être déroutantes. À titre d'exemple, l'augmentation du nombre de fugues dans les services de réadaptation à l'interne constitue l'une des principales conséquences du resserrement des critères de recours à l'hébergement dans une unité d'encadrement intensif. Du côté psychosocial, les intervenants sont désormais contraints de clarifier un projet de vie pour l'enfant en respectant les très courts délais des durées maximales de placement. En contrepartie, certaines modifications s'avèrent déjà prometteuses tant pour la pratique des intervenants que pour le bien-être des enfants, par exemple : la suppression du nombre limite d'ententes sur mesures volontaires à l'intérieur d'un délai maximum de deux ans et les nouvelles mesures pour les séjours prolongés en fin de placement. Évidemment, une période d'adaptation s'avère nécessaire afin de s'approprier ces mesures et de mieux composer avec les défis que pose cette étape transitionnelle.

Faire face au changement : est-ce possible ?

Pour avoir envie de changer, il importe de percevoir les avantages rattachés au changement. Les efforts à consentir pour s'adapter risquent en effet de paraître moins coûteux lorsque l'on reconnaît le bien-fondé du changement et l'intérêt qu'il représente. Le simple fait de détenir une information pertinente et positive relative au changement est susceptible de modifier favorablement nos attitudes en regard de celui-ci (Magnusson, 2005). Voici donc quelques conseils pouvant permettre une meilleure compréhension des modifications apportées à la LPJ et, du même coup, maximiser les chances de s'approprier ce changement.

<u>Connaître les motifs des changements apportés à la LPJ</u>

Différentes situations problématiques en protection de la jeunesse ont amené des groupes d'experts à proposer des améliorations à la LPJ. Certains des constats suivants sont à l'origine de leurs réflexions : la proportion élevée d'enfants placés, les multiples déplacements vécus par la clientèle, la hausse du nombre de situations nécessitant un passage au tribunal, la complexité et la lourdeur du processus judiciaire, le non-respect du caractère exceptionnel de la LPJ (servait trop souvent de porte d'entrée

dans le système de services offerts aux enfants et aux familles en difficulté), un arrimage défaillant entre les partenaires, le manque d'accès à l'information nécessaire pour prendre des décisions éclairées, une mesure d'encadrement intensif mal définie, non-uniforme et soulevant des questionnements quant au respect des droits des jeunes (Dumais & Topalian, 2007).

Consulter les différents documents de référence

- Rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse intitulé ***La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager***. Téléchargeable sur Internet à l'adresse suivante : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/rapports/comiteprotecjeunes
- ***Manuel de référence sur la protection de la jeunesse***. Téléchargeable sur Internet à l'adresse suivante : http://intranet.msss.rtss.qc.ca/services_sociaux/jeunesendifficulte/index.php?Protection_de_la_jeunesse
- Guides de formation LPJ distribué dans le cadre du Programme national de formation (PNF).
- L'***Info LPJ*** réalisé par l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ) et l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), en partenariat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (distribué aux deux mois par l'ACJQ via Lotus Notes).
- ***Plan d'action pour adapter nos pratiques en fonction des nouvelles dispositions de la LPJ*** (Direction du développement de la pratique professionnelle et des affaires universitaires [DDPP-AU], 2007).

Échanger avec des personnes ressources

- Collègues
- Cadres
- Personnel du contentieux
- Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ)
- Directeurs de la protection de la jeunesse

Connaître et comprendre les six principaux objectifs du projet de loi 125 et appliquer les modifications apportées

Voici les six objectifs visés par les changements apportés à la Loi sur la protection de la jeunesse et quelques modifications législatives en lien avec ceux-ci.

Objectif 1
Favoriser la continuité et la stabilité pour les enfants

Modifications législatives

Clarification du principe visant à maintenir l'enfant dans son milieu familial :

- privilégier le placement, s'il y a lieu, auprès de personnes significatives pour l'enfant ;
- impliquer les parents tout au long du processus.

Fixation de durées maximales de placement en fonction de l'âge de l'enfant.
Modification du Règlement sur la révision de la situation d'un enfant.

Objectif 2
Promouvoir la participation active de l'enfant et de ses parents aux décisions et au choix des mesures qui les concernent

Modifications législatives

Privilégier des moyens qui permettent à l'enfant et à ses parents de participer activement à la prise de décision et au choix des mesures qui les concernent.

Introduire plusieurs mesures visant à favoriser les ententes entre les parties :

- extension du délai accordé au DPJ pour appliquer des mesures de protection immédiate de 24 à 48 heures ;
- suppression du nombre limite d'ententes sur mesures volontaires à l'intérieur d'un délai de deux ans ;
- possibilité de poursuivre, pour une période d'un an, les mesures de protection sur une base volontaire à la suite d'une ordonnance.

Objectif 3
S'assurer du caractère exceptionnel de l'intervention d'autorité de l'État dans la vie des familles

Modifications législatives

Regroupement des motifs d'intervention en six grandes catégories (i.e. abandon, négligence, mauvais traitements psychologiques, abus sexuels, abus physiques et troubles de comportement sérieux) :

- redéfinition des motifs d'intervention axés davantage sur les conséquences pour les enfants que sur les comportements des parents ou des enfants eux-mêmes.

Précisions apportées aux responsabilités du DPJ et des dispensateurs de services :

- obligation du DPJ d'informer et d'accompagner les enfants et leurs parents vers d'autres ressources du milieu, lorsqu'ils ont besoin d'aide et que le DPJ n'intervient pas ou n'intervient plus.

Objectif 4
Concilier la protection des enfants et le respect de la vie privée

Modifications législatives

Autorisation pour les établissements de communiquer des renseignements confidentiels au DPJ sur l'enfant, les parents ou toute autre personne mise en cause par un signalement lorsque ces renseignements sont en lien avec le motif de compromission et nécessaires pour assurer la protection de l'enfant.

Approbation accordée au DPJ de consulter le dossier de l'enfant, d'un parent ou d'une autre personne mise en cause par un signalement pour tous les motifs d'intervention.

À moins que le tribunal ne l'ordonne, interdiction formelle de diffuser dans les médias de l'information permettant d'identifier un enfant et des parents suivis en protection de la jeunesse.

Objectif 5
Moderniser les processus judiciaires

Modifications législatives

Simplification et assouplissement des règles afin de faciliter la procédure judiciaire :

- possibilité de tenir une seule enquête lorsque plusieurs enfants d'une même famille sont concernés ;
- obligation faite au tribunal d'expliquer aux parties, tout particulièrement aux enfants, la nature des mesures envisagées et les motifs les justifiant, tout en s'efforçant d'obtenir leur adhésion.

Élargissement de la gamme des mesures de protection pouvant être prises par le tribunal pour mieux répondre aux besoins des enfants (ex. obligation de fréquenter un milieu de garde, obligation de participer à un programme visant l'apprentissage et l'autonomie, etc.).

Objectif 6
Baliser le recours exceptionnel à l'hébergement dans une unité d'encadrement intensif

Modifications législatives

Précision des motifs et des circonstances justifiant qu'un enfant puisse être hébergé dans une unité d'encadrement intensif.

Possibilité pour le jeune et ses parents de contester cette mesure devant le tribunal.

Obligation d'aviser systématiquement et sans délai la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse lorsqu'il y a décision d'héberger un jeune dans une unité d'encadrement intensif et informer cette commission des décisions qui pourront être prises par le tribunal.

Interdiction de recourir à l'hébergement dans une unité d'encadrement intensif ou à une mesure d'isolement à des fins disciplinaires.

(Tableau adapté du MSSS, 2008 ; MSSS, 2004)

Un an après l'entrée en vigueur de la nouvelle LPJ : où en sommes-nous ?

Les phases d'implantation et de mise en action des nouvelles directives résultant des amendements apportés à la LPJ sont complétées. Relever le défi de composer avec les conséquences relatives au changement n'est pas toujours évident. À ce jour, plusieurs questions demeurent en suspens et méritent réflexion de la part de l'ensemble du personnel des centres jeunesse afin de soutenir les développements futurs et de mieux s'adapter aux modifications apportées. En voici quelques-unes :

- Comment limiter le recours au tribunal ?
- Comment répondre aux besoins spécifiques des jeunes suivis en centre jeunesse aux prises avec un important problème de consommation ?
- Comment offrir des services de qualité à la clientèle en considérant les durées maximales de placement et la clarification du projet de vie ?
- Comment composer avec l'augmentation du nombre de fugues dans les services de réadaptation à l'interne autrement que par une mesure d'encadrement intensif ?
- Dans le cadre de mesures intérimaires, comment s'assurer de rendre des services de qualité en tenant compte du délai octroyé ?
- Comment favoriser la participation des membres de la famille dans le processus d'intervention, et plus particulièrement, le père ?
- Comment intégrer adéquatement en intervention le nouveau motif de signalement « mauvais traitements psychologiques » ?

Force est d'admettre que pour un certain temps encore, il faudra accepter le déséquilibre, car l'adaptation au changement est un processus lent et exigeant pour l'ensemble des membres d'une organisation. Dans un effort de concertation, les expertises devront être décloisonnées afin de mieux répondre aux problèmes émergents et de retrouver graduellement un état d'équilibre. En ce sens, composer avec les ressources disponibles, tout en demeurant ouverts, créatifs et solidaires s'avère essentiel. La patience, l'implication de tous les acteurs concernés de même qu'une vision à long terme représentent des atouts majeurs pour l'adaptation de chacun et, surtout, pour la qualité des services offerts aux jeunes et aux familles en difficulté.

Références

BAREIL, C. (2004). ***La résistance au changement : synthèse et critique des écrits.*** Cahier no 04-10 – Août 2004. Montréal : HEC.

BAREIL, C., & BOFFO, C. (2003). Qui dit changement, dit préoccupation et non plus résistance. Dans KARNAS, G., VANDENBERGHE, C., & DELOBBE, N. (dir.), ***Bien-être au travail et transformation des organisations : actes du 12e congrès de psychologie du travail et des organisations.*** Actes de colloque AIPTLF, tome 3, pp.541-551. Belgique : Presses universitaires de Louvain.

COLLERETTE, P., DELISLE, G, & PERRON, R. (1997). ***Le changement organisationnel : théorie et pratique.*** Québec : Presses de l'Université du Québec.

DIRECTION DU DÉVELOPPEMENT DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE ET DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES [DDPP-AU] (CJQ–IU) (2007). ***Plan d'action, pour adapter nos pratiques en fonction des nouvelles dispositions de la LPJ.*** Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.

DUMAIS, J., & TOPALIAN, V. (2007). ***Implantation de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse.*** Cahier du participant, Programme national de formation. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec.

HUOT, H. (2003). ***L'apprentissage en ligne et la gestion du changement sur le plan humain.*** Consulté en juin 2008 sur le site WEB du Centre d'expertise des grands organismes :
http://www.grandsorganismes.gouv.qc.ca/cego/app/DocRepository/1/Reseaux/Formation/Apprentissage_ligne_simplifie.pdf

KÜBLER-ROSS, E. (1969). ***On Death and Dying. What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy, and Their Own Families.*** New York : Simon & Schuster/Touchstone.

LABONTÉ, R., & DESBORDES, C. (2003). ***Rien n'est permanent sauf le changement.*** Consulté en juillet 2008 sur le site WEB de Mastership :
http://www.mastership.fr/news_management_changement.htm

LE NOUVEAU PETIT ROBERT DE LA LANGUE FRANÇAISE (2009). ***Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française.*** Paris : Dictionnaires Le Robert.

MAGNUSSON, K. (2005). Le cycle de changement positif. ***Pour alimenter la réflexion.*** Document 17. Lethbridge : Université de Lethbridge.

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [MSSS] (2008). ***Manuel de référence sur la protection de la jeunesse.*** Version préliminaire. Québec : MSSS.

MINISTERE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX [MSSS] (2004). ***La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager.*** Rapport du Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse. Québec : MSSS.

TREMBLAY, M. (2004). ***L'adaptation humaine, un processus biopsychosocial à découvrir.*** Montréal : Éditions Saint-Martin.

VISINAND, M. (2003). ***Le rôle attendu des professionnels RH lors d'un changement organisationnel.*** Mémoire de maîtrise. Montréal : HEC.

SAVIEZ-VOUS QUE…

… chaque été, l'équipe d'animation scientifique bénéficie du soutien d'étudiants dynamiques qui mettent leurs compétences au service de l'intervention sociale en répondant aux préoccupations cliniques des intervenants en centre jeunesse ?

Pour une quatrième année consécutive, le Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire présente sa revue ***Saviez-vous que…***, une revue axée sur les préoccupations cliniques des intervenants qui travaillent en contexte de protection de la jeunesse. Par le biais de recensions d'écrits vulgarisées, des étudiants font le point sur l'état actuel des connaissances dans plusieurs sphères de la pratique sociale : colère, agressivité, violence, drogues de synthèse, ITSS, zoothérapie et adaptation au changement. Avec cette formule, l'équipe d'animation scientifique souhaite offrir une vitrine aux travaux de recherche réalisés sur les jeunes et les familles en difficulté. En plus de soutenir le transfert de connaissances, ce projet offre une expérience de vulgarisation scientifique à des étudiants de 1er et de 2e cycle universitaire. Le résultat de la démarche réaffirme, une fois de plus, la pertinence d'allier l'univers de la recherche à celui de l'intervention dans la réponse sociale offerte aux jeunes en besoin de protection.

NOUVEAUTÉ

Surveillez la parution d'une toute nouvelle publication, le ***Savais-tu que…***, une revue haute en couleur destinée aux jeunes des centres jeunesse à partir de thèmes qu'ils ont eux-mêmes identifiés.

LÉGENDE

Recherche	☐
Intervention	☐
Évaluation de programme	☐
Formation	■